PAMĘTNIK

r. 3

1927, zeszyt VI.

# PAMIĘTNIK

## Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego.

(Comptes rendus de la Societé de Médecine de Wilno).

Organ Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej.

ROK III — 1927 ZESZYT VI




LISTOPAD — GRUDZIEŃ

TREŚĆ — SOMMAIRE

*Dr. Janina Hurynowiczówna.*
1. O czuciu włosowem. — Sensibilité pilaire. str. 213 p.
*Dr. Stanisław Peszyński.*
2. Krótki zarys terapji proteinowej. — La thérapie des protéines. str. 227 p.
3. Protok. i sprawozd. Wil. Tow. Lek. — Société de Médecine de Wilno. str. 239 p.
4. Wiadomości bieżące. — Chronique. str. 253 p.
5. Résumé des travaux contenus dans „l'année" 1927.

WILNO,
NAKŁAD WILEŃSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO
Z ZASIŁKIEM WYDZIAŁU NAUK MINISTERSTWA WYZNAŃ RELIGIJNYCH I OŚWIECENIA PUBLICZNEGO.
TOW. WYD. „POGOŃ", DRUKARNIA „PAX", UL. ŚW. IGNACEGO 5.

## Adres redakcji Pamiętnika Wil. Tow. Lek.:

Wilno — Zamkowa 24 — Wileńskie Towarzystwo Lekarskie.

---

### KOMITET REDAKCYJNY.

WYDZIAŁ:

Redaktorowie: Prof. S. Trzebiński i Prof. K. Opoczyński.
Redaktor administracyjny: Dr. M. Minkiewicz.

---

CZŁONKOWIE KOMITETU:

Dr. L. Czarkowski
Dr. W. Jabłonowski
Dr. Z. Jakubowski
Prof. A. Januszkiewicz
Prof. W. Jasiński
Dr. A. Safarewicz
Dr. C. Szabad
Prof. J. Szmurło
Dr. A. Wirszubski

---

**Rękopisy należy nadsyłać pod adresem redakcji listem poleconym.**

Cena prenumeraty wraz z przesyłką:

Rocznie—15 zł. Półrocznie—8 zł. Zeszyt pojedyńczy 2 zł. 50 gr.

---

CENA OGŁOSZEŃ:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Okładka trzecia strona | 40 zł. | Ogłoszenia za tekstem 1 strona | 40 zł. |
| „ czwarta strona | 50 zł. | „ „ „ 1/2 „ | 20 zł. |

Cwierć strony . . . . . . . . . . . 10 zł.
Ósma część strony . . . . . . . . . 5 zł.
Wszelkie wkładki według umowy.

REDAKCJA ZASTRZEGA SOBIE PRAWO NIEPRZYJĘCIA OGŁOSZENIA.

**Ogłoszenia i prenum. należy przysyłać pod adresem:**

**Wilno, ul. Portowa 14 (dawn. 6-D) m. 3. Dla d-ra Jakubowskiego.**

# PAMIĘTNIK

## Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego.

(Comptes rendus de la Societé de Médecine de Wilno).

## Organ Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej.

ROK III — 1927




W I L N O,

NAKŁAD WILEŃSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO
Z ZASIŁKIEM WYDZIAŁU NAUK MINISTERSTWA WYZNAŃ RELIGIJNYCH
I OŚWIECENIA PUBLICZNEGO.

TOW. WYD. „POGOŃ", DRUKARNIA „PAX", UL. ŚW. IGNACEGO 5.

# TREŚĆ ROCZNIKA III.

I.

**Wspomnienia pośmiertne.**


Str.

Dr. L. Czarkowski. Władysław Zahorski zeszyt IV—V . . . . . I


II.

**Prace naukowe.**


Dr. Janina Hurynowiczówna. Wpływ insuliny na układ nerwowy wegetatywny . . . . . . . 3

Dr. Zofja Kuncewiczówna. Wartość kliniczna badania krwi metodą Schillinga w gruźliczych schorzeniach płuc . . . . . . . 60

Dr. A. Borowski. Leczenie sanokryzyną ostrych i przewlekłych suchot płucnych . . . . . . . 68

Dr. A. Kapłan. O rozpoznawaniu schorzeń pęcherzyka żółciowego oraz djagnostyce czynnościowej wątroby . . . . . . . 86

Dr. S. Tarasiewicz. Przypadek zakażenia wymoczkowego . . . 105

Prof. Dr. K. Michejda. W sprawie t. zw. gazowego zapalenia otrzewny 111

Dr. A. Wirszubski i Dr. C. Zarcyn. Przyczynek do leczenia mimowolnego moczenia nocnego . . 116

Dr. C. Szabad. Ruch ludności żydowskiej w Wilnie 1911—1920 . 119

Dr. I. Abramowicz i Dr. J. Tymiński. O stosunku ciśnienia śródczaszkowego do krążenia krwi w siatkówce . . . . . . . 135

Dr. C. Szabad. Rodzenie i umieralność Żydów w Wilnie 1921—1926 167

Dr. E. Czarnecki. Odczyn gorączkowy zwierząt pozbawionych tarczycy pod wpływem dożylnego wprowadzenia błękitu metylenowego . 177

Dr. Janina Hurynowiczówna. O czuciu włosowem . . . . . . 213

Dr. Stanisław Peszyński. Krótki zarys terapji proteinowej . . . 227


III.

**Protokóły i sprawozdania Towarzystw Lekarsk'ch.**


Str.

Protokóły posiedzeń Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego 95, 144, 189, 23[illegible]

Sprawozdanie roczne Wileńsk. Tow. Lekarskiego . . . . . 24[illegible]

Sprawozdanie doroczne z działalności Stow. Lekarzy Polaków w Wilnie za r. 1926 . . . . 16[illegible]


IV.


Nowe książki . . . . 102, 20[illegible]


V.

**Varia.**


Program kursów uzupełniających dla lekarzy (28 marca — 9 kwietnia 1927 roku) . . . . . 10[illegible]


VI.


Wiadomości bieżące . 103, 162, 209, 253


VII.


Résumé des travaux contenus dans „l'année" III . . . 162, 209, 253


VIII.


Dodatek do zeszytu IV—V. Regulamin Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej.

Z Kliniki Neurologicznej Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie.

(Kierownik Prof. Dr. *Stanisław Władyczko).*

# O czuciu włosowem.

Podała Dr. Med. J. HURYNOWICZÓWNA

St. asyst. Kliniki Neurologicznej.

Jako odrębne wrażenie czuciowe, pojęcie *czucia włosowego* a raczej *zmysłu włosowego* ustalił w roku 1896 K. Noiszewski. Sprawę swoistości czucia włosowego, które jest tylko odmianą zmysłu dotykowego — uciskowego, jak utrzymywano, wyjaśniają rzeczowe i wyczerpujące prace twórcy pojęcia czucia włosowego — a również szereg następnych: Bechterewa, Osipowa i Czudnowskiego. Noiszewski podkreśla, iż włosy są to narządy zmysłowe genetycznie pierwotne, widocznie dla każdego, a nie dowolnie wyznaczone przez Blix'a i Goldscheider'a punkty ciśnienia, oparte według Max'a, Dessoir'a i Hildebrand'a jedynie na złudzeniu.

Należy zaznaczyć, iż Ruffini w swej pięknej pracy „Sur les éxpansions nerveuses de la peau" kwestjonuje swoistość ciałek dotykowych Merkla i Meissnera, a jego próby wywołania „chatouillement" za pomocą lekkiego dotyku włosem lub piórkiem do skóry uwłosionej, w celu stwierdzenia, iż to subtelnie odczute dotknięcie nie może być przyjętem i różniczkowanem przez głęboko leżące ciałka dotykowe — są niczem innem, jak nieuświadamianem przez niego, wywoływaniem czucia włosowego.

Jako przyczynek do stwierdzenia odrębności czucia włosowego może być ciekawy wypadek z Kliniki Dermatologicznej w Heidelbergu — podany przez prof. Osipowa. Dotyczy on chorego z wrodzonym brakiem owłosienia na głowie. W nielicznych 5 — 6 istniejących włosach stwierdzono niedorozwinięcie i częściowy zanik cebulek włosowych i idących doń zakończeń nerwowych. Badanie czucia włosowego owych włosów wykazało znaczne obniżenie lub nawet zniesienie czucia włosowego, natomiast owłosienie pozostałych części ciała, zmian w czuciu włosowem nie dawało. Inne rodzaje czucia powierzchownego w obrębie niedorozwiniętych włosów uchyleń od normy nie wykazywały.

Niestety dalszych badań i obserwacji w tym kierunku nie mamy. Pobieżnie zaledwie wspomina o czuciu włosowem Laignel-Lavastine, Guillaume, André Thomas.

Z inicjatywy więc Kierownika Klinika Neurologicznej U. S. B. prof. Władyczki, przeprowadziłam badanie czucia włosowego na materjale klinicznym z 1925 roku szkolnego — których wyniki niżej przytoczę.

Czuciem włosowem Noiszewski nazywa te wrażenia czuciowe, które powstają przy lekkiem dotknięciu do włosów, pokrywających prawie całą skórę naszego ciała.

Badania czucia włosowego dokonywano trichoestozjometrem Noiszewskiego o sprężynce, której dotknięcie nie daje się odczuć na końcach palców, gdzie, jak wiadomo, mamy największą ilość przypuszczalnych aparatów dotykowych. Pozwala to poniekąd wykluczyć czucie dotykowe, mogące powstać w czasie badania przez przypadkowe dotknięcie skóry.

Osobniki obserwowane — bezpośrednio przed badaniem kąpano, wycierano starannie gąbką z mydłem, następnie spirytusem i eterem. Powyższe zabiegi stosowano w celu wykluczenia czucia gruczołowego: swędzenie, powstające przy dotknięciu do włosa, wskutek wzmożonego ciśnienia wewnątrz gruczołów łojowych. Po wyczerpującem i szczegółowem wyjaśnieniu obserwowanemu, jakiego rodzaju badania będą przeprowadzane, upewnieniu się, że dany osobnik dokładnie rozumie i rozróżnia odbierane wrażenia czuciowe, przystępywałam do określania czucia włosowego, zachowując zwykłe warunki, wymagane przy badaniu czucia, jak cisza, ciepło, wygoda, unikanie stereotypji, skupienie uwagi chorego i jej kontrola.

Sposób poruszania włosów ma duże znaczenie. Zauważyłam, że dotykanie sprężynką trichoestezjometra do końca włosa w kierunku jego pochyłości, mniej jest odczuwane, niźli dotykanie w kierunku przeciwnym.

Posługując się więc tym ostatnim sposobem, przeprowadzałam stale wszystkie badania.

Okazało się, o czem wspomniał i Noiszewski, że ostrość czucia włosowego jest w odwrotnym stosunku do grubości włosa; cieńsze odczuwają lepiej, niż grube. Następnie, że przy dotyku kilku włosków jednocześnie, pociągnięcie trichoestezjometrem choćby na małej przestrzeni — daje wrażenie silniejsze niż pojedyńcze dotknięcie, gdyż się otrzymuje zsumowane wrażenie. Duże znaczenie ma również gęstość owłosienia, szczególniej tam gdzie są długie włoski, gdyż należy uważać, by nie dotknąć niemi skóry i nie wywołać tem, wrażeń dotykowych.

Ponieważ najwięcej zbliżonem i jedynie możliwem do kwestjonowania i różniczkowania mogłoby być czucie dotykowe, we wszystkich wypadkach przeprowadziłam uprzednio badanie czucia dotykowego według metody Thunberga za pomocą szklannych rurek włosowych.

Przedewszystkiem określiłam czucie włosowe u 3-ch osobników zdrowych, a intensywność odbieranych wrażeń rozmaitych części skóry mniej więcej odpowiada schematowi (tablica Nr. 1). Wykresy podane przez prof. Noiszewskiego i Czudnowskiego są zbliżone, a pewne różnice, przypuszczam, należy kłaść na karb indywidualnych wahań, właściwych poszczególnym jednostkom. Dlatego też ustalenie jednego ogólnego schematu, jest niemożliwe.

Jednakże pewne różnice stale otrzymywane w odbieranych wrażeniach z rozmaitych części ciała, dają możność skonstatowania, że najwyraźniej zaznaczone jest czucie włosowe na czole, nad wargami, mons pubis, circa anum, potem idzie skóra twarzy, wzdłuż kręgów, szyja, pas barkowy, pierś, plecy, brzuch, przedramiona, ramiona, pośladki, grzbiet kiści i stopy z palcami, dalej uda, podudzia. Najmniej odczuwane, w fossa axilaris, i na tylnych częściach uda i podudzia. Wcale nie mają czucia włosowego dłonie, podeszwy, pięty, glans penis.

Następnie dokonałam badania czucia włosowego u 41 chorych:

1. W porażeniach układu nerwowego ośrodkowego.
2. W porażeniach układu nerwowego obwodowego.
3. W ewentualnych schorzeniach układu sympatycznego.
4. W czynnościowych niedomogach układu nerwowego.
5. W zaburzeniach wydzielania gruczołów dokrewnych.

## Schorzenie układu nerwowego ośrodkowego.

I. 1) HEMIPLEGIA S. *Ex apoplexia cerebr. in arter. lenticul. striat d.* Chora P. K. 60 lat, praczka, alkoholiczka. Przed rokiem nagła utrata świadomości, bezwład lewej połowy ciała z porażeniem lewego n-u twarzowego i podjęzykowego. Prawe odruchy scięgnowe wzmożone, stopo i rzepko-trząs, Babiński, odruchy brzuszne zniesione. Bordet-Wasserman we krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym, ujemny. Ciśnienie krwi (Pachon) wzmożone. Arteriosclerosis. Czucie *dotykowe* i czucie *włosowe zachowane* wszędzie.

II. 2) HEMIPARESIS S. *Ex apoplexia cerebri in arter. lenticulostriata d.* Chora R. I. 56 lat, felczerka. Przed 11 mies. nagle po nocy bezwład lewostronny bez utraty świadomości, z nieznacznym niedowładem lewego nerwu twarzowego i podjęzykowego. Bordet-Wasserman ujemny. Lewe odruchy ścięgnowe wzmożone, tendencja do Babińskiego, brzuszne osłabione. Tony serca głuche, ciśnienie krwi wzmożone. Czucie *dotykowe zachowane.* Czucie *włosowe* wszędzie wyraźne, z tyłu po stronie lewej, na szyi, karku, łopatce, wzdłuż kręgosłupa *w formie dużego trójkąta znaczne wzmożenie* czucia włosowego ze skurczem i drganiem mięśni przy dotykaniu do włosów.

III. 3) HEMIPARESIS S. *Ex thrombosi arter. lentic. striat. d.* Chora E. K. 62 lata, alkoholiczka. Przechodziła dur wysypkowy, zapalenie nerek. Przed rokiem zaczęły się zawroty głowy, przemijające omdlenie, szum w uszach, zmęczenie i osłabienie lewych kończyń. Po kilku tygodniach nagle po nocy niedowład lewej połowy ciała z nieznacznem porażeniem lewego nerwu twarzowego i podjęzykowego. Bord.-Wasserman, ujemny. Ciśnienie krwi (Pachon) znacznie wzmożone, arteriosclerosis. Lewe odruchy ścięgnowe spotęgowane, z tendencją do klonusów, Babiński. Na lewej stronie ciała czucie *dotykowe wzmożone.* Czucie *włosowe bez zmian.*

IV. 4) HEMIPARESIS D. *Ex apoplexia cerebri in art. lentic. striat. d.* Chora M. S., 54 lata. Przed 9 miesiącami nagle na ulicy utrata świadomości, mowy, i porażenie połowiczne prawej strony. B. Was. ujemny. Niedowład praw. kończyn, nerwu podjęzykowego. Prawe odruchy ścięgnowe wzmożone, klonus stopy i rzepki. Babiński. Brzuszne zniesione. Ciśnienie krwi wzmożone. Antyluetyczna kuracja wywołała znaczne polepszenia ogólnego stanu. Czucie *dotykowe* w porażonej połowie ciała *wzmożone,* czucie włosowe bardzo wyraźne.

*Trichohyperaesthesia*. Chora odczuwa dotknięcie włosów na chorej stronie *mocniej, inaczej* niż na zdrowej i określa je, jako wrażenie ostrego zimna.

V. 5) HEMIPLEGIA D. *Ex thrombosi arter. lenticulostriatae s.* Chora Z. I. 75 lat. Przed dwoma laty stopniowo wystąpił bezwład prawostronny z zaburzeniem mowy, porażeniem prawego n-wu twarzowego i podjęzykowego. Odruchy ścięgnowe z prawej strony spotęgowane, klonus stopy i rzepki. Babiński. Brzuszne zniesione. Ciśnienie krwi wzmożone, miażdżyca tętnic. *Obniżenie czucia włosowego i dotykowego w porażonej połowie ciała.*

VI. 6) HEMIPARESIS S. *Ex embolia arter. lenticulostriatae d.* Chory W. S., 43 lat, dorożkarz. Przechodził ostry gościec stawowy. Przed 2 m. nagle, bez utraty świadomości lewostronny niedowład z nieznacznym porażeniem lewego n-wu twarzowego i podjęzykowego. Odruchy wzmożone, klonus stopy i rzepki. Babiński. Brzuszne zniesione, na stronie dotkniętej. B. W. ujemny. Insufficientia et stenosi v. mitralis, endocarditis chr. Czucie *dotykowe* i *włosowe* w porażonej połowie ciała *obniżone* równolegle.

VII. 7) HEMIPARESIS S. *Ex embolia cerebri in arter. lentic. striat. d.* Chory G. B., 60 lat, alkoholik, przechodził dur wysypkowy. Endocarditis. Insufficientia et stenosis v. mitralis. B. W. ujemny; przed 6 mies. nagle zrana wystąpił lewostronny niedowład z typowemi objawami. Czucie *dotykowe* i *włosowe* analogicznie, *obniżone* na dotkniętej stronie.

VIII. 8) HEMIPARESIS D. *Ex embolia cerebri in arteria lenticulo-strieta s.* Chora W. R. 28 lat. Przeszła ostry gościec stawowy. Przed miesiącem nagła utrata mowy, typowy niedowład prawostronny. Czucie *dotykowe* i *włosowe* z wyjątkiem twarzy, *obniżone* na całej porażonej połowie ciała.

IX. 9) HEMIPLEGIA S. *Ex embolia cerebri in arteria lenticulo-strieta d.* Chora J. O., 30 lat. Ojciec alkoholik Przeszła ostry gościec stawowy. Endocarditis. Insuf. et stenosis v. mitralis. Przed 8 miesiącami nagle bezwład lewostronny z utratą świadomości, porażeniem lewego n-wu twarzowego i podjęzykowego w porażonej połowie ciała. Odruchy ścięgnowe spotęgowane, stopo i rzepkotrząs. Babiński, Oppenheim, Mendel-Bechterew, Szäfer. Brzuszne zniesione, w kończynach kontraktury. Czucie *dotykowe* i *włosowe* w porażonej połowie ciała *zniesione.*

W 9 podanych wypadkach bezwładów i niedowładów połowiczych, powstałych z powodu zatorów, zakrzepów lub krwotoków w arteriae lenticulostriatae na tle zapalenia wsierdzia, miażdżycy tętnic luetycznego i nieluetycznego pochodzenia — stwierdziłam:

Jednocześnie z objawami anestezji (wypadek 9) i hyperestezji (wypadek 5 — 6 — 7 — 8), *trichoanaesthesia* i *trichohypesthesia* w porażonej połowie ciała.

Następnie skonstatowano w wypadku 4-m *hyperestezji, nadwrażliwość czucia włosowego* w tymże zakresie, z odczuwaniem dotyku włosów jako ostrego zimna (trichodisaesthesia).

Natomiast w wypadku 3-im gdzie również była *hyperaesthesia, czucie włosowe* pozostało *bez zmian.*

Dalej w wypadku 2-m *niezmienionego* czucia *dotykowego, nadwrażliwość* czucia włosowego na stronie porażonej w obrębie nieznacznej ograniczonej przestrzeni.

Nakoniec w jednym (1-ym) wypadku *brak zaburzeń* czucia *dotykowego* jak również *włosowego.*

Przy porażeniach więc w *capsulae internae, czucie włosowe* może być *bez zmian* (wypadek 1—3), *zniesione* (wypadek 9), *obniżone* (wypadek 5 — 6 — 7 — 8), *wzmożone* na większej (wypadek 4) lub mniejszej przestrzeni (wypadek 2), *łącznie z czuciem dotykowem* (1 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9) *lub bez niego* (3 — 2).

## Schorzenia węzłów środkowych mózgu — Palleostriatum e. encephalitis epidemic.

X. 1) *Residua postencephalit. lethargic.* Chora E. T. 44 l. sklepowa, alkoholiczka, w roku 1922 przeszła encephalitis epidemica. Obecne objawy parkinsoniczne — drżenie rąk „kręcenie pigułek", nóg, rigiditas musculorum, amimija, mowa niewyraźna, ślinotok, seborrhoea, przymusowy płacz. Objawy antagonistyczne, koła zębatego, paradoksalny Westphal'a. *Czucie dotykowe i włosowe bez zmian.*

XI. 2) *Residua post enceph. lethargic.* Chora A. N. 35 l. w roku 1921 przebyła encephalit. lethargic. Obecnie — propulsio, retropulsio, regiditas musculorum zo bjawami flexibilitatis cereae, odruchy antagonistyczne, koła zębatego, paradoksalny Westphal'a, amimija, ślinotok, seborrhoea, nieznaczny niedowład prawego n-u odwodzącego, mowa zamazana. *Czucie dotykowe i włosowe bez zmian.*

XII. 3. *Residua post encephalit. lethargic.* Chora J. S. 15 lat. Przeszła encephalit. epidemic. w r. 1925. Obecnie nieznaczne zahamowanie ruchów całego ciała, maskowatość twarzy, niewyraźna mowa, zmniejszone ciśnienie krwi, nieznaczne drżenie rąk, slinotok, pocenie się. Objaw antagonistyczny, koła zębatego, paradoksalny Westphal'a, Neri, nieznaczny niedowład lewych kończyn ze wzmożonemi odruchami ścięgnowemi. Patologicznych brak. *Czucie dotykowe i włosowe bez zmian.*

XIII. 4) *Residua post encephalit. lethargic.* Chora Z. R. 22 l. w r. 1926 encephalitis letharg. nieznaczne objawy ogólnego zahamowania ruchów, maskowatość twarzy, powolna mowa, sztywność mięśni. Objawy antagonistyczne, koła zębatego, paradoksalny Westphal'a z prawej strony zaznaczone wyraźniej. *Czucie dotykowe i włosowe bez zmian.*

W 4 ch wymienionych wypadkach — gdzie mieliśmy w większym lub mniejszym stopniu pospiączkowe porażenie systemu Palleostriatum — *zaburzeń czucia włosowego jak również dotykowego nie stwierdzono.*

## Lues cerebrospinalis.

XIV. 1) *Meningomyelitis luetica o porażeniu typu Brown Sequarda, na wysokości $D_6$ — $D_{10}$ z lewej strony.* Chora W. K. 35 l. krawcowa. W grudniu 1924 roku utrata wzroku na prawe oko, w styczniu 1925 roku niedowład *lewej* kończyny dolnej i odrętwienie prawej. Zaburzenia w oddawaniu moczu i kału. U chorej zanik prawego n-u ocznego. Źrenice reagują bardzo słabo, są nierównomierne. Romberg zaznaczony. W porażonej lewej kończynie dolnej odruchy ścięgnowe spotęgowane ze skłonnością do stopo i rzepkotrząsu, Babiński, lewe brzuszne zniesione. Czucie bólowe, cieplikowe zniesione po prawej stronie, czucie głębokie nieco zachwiane z lewej strony.

Czucie *dotykowe* — od $D_6$ z lewej strony i $D_7$ z prawej — ku dołowi na obie kończyny — *obniżone z prawej w większym stopniu,* niż z lewej strony. Nieznaczny pas *hyperaesthesiae* z lewej strony z przodu na wysokości $D_7$ — $D_8$.

Czucie *włosowe* wszędzie zachowane — oprócz nieznacznej wysepki z lewej strony pasem koło $D_6$ — $D_8$ *(trichoanaesthesia).* Jednakże w odczuwaniu wrażeń czucia włosowego są znaczne różnice. Od $D_7$ — $D_8$ wdół na obie kończyny — jest nieznaczne *obniżenie* czucia włosowego — w porównaniu z normalną górną częścią ciała, ·przytem z prawej strony chora odczuwa dotknięcie włosa „głęboko", a z lewej *„powierzchownie".* Następnie z prawej strony na skórze jamy brzusznej od $D_{10}$ — $D_{12}$, na przedniozewnętrznej powierzchni uda i podudzia *obniżenie* czucia włosowego wyrażone znaczniej,

aniżeli po stronie lewej. Z tyłu mamy nieznaczne *obniżenie* czucia włosowego pasem — z lewej strony od $D_6$ — z prawa od $D_7$ — w dół, przytem *z prawej w stopniu większym*, jedynie tylko z lewej strony między $D_6$ — $D_{12}$ prostokąt przy kręgosłupie wykazuje całkowite zniesienie czucia włosowego,

XV. 2) *Meningomyelitis luetica. Porażenie na wysokości $D_6$ — $D_{10}$ przeważnie z lewej strony*. Chora A. B. 49 l. sklepowa. Alkoholu używała sporo. Miała 3 poronienia i jedno zdrowe dziecko. W r. 1923 — prawostronne porażenie połowiczne z utratą mowy, które przeszło bez śladu. W grudniu 1924 r. odrętwienie lewego boku i stopniowy bezwład lewej kończyny górnej, opuszczenie prawej powieki, dwojenie się w oczach, bóle w prawej połowie twarzy.

U chorej stwierdzamy — bezwład lewej kończyny dolnej, niedowład prawej i lewej górnej. Odruchy ścięgnowe spotęgowane, szczególnie z lewej strony, klonus stopy i rzepki, lewe brzuszne zniesione, Babiński, Szäfer obustronny. Źrenice nierównomierne, prawa rozszerzona, nie reaguje na światło, lewa opieszale, ptosis prawego oka, nieznaczna paresis prawego n-u odwodzącego i twarzowego. Incontinentia alvi et Vesicae B. W.

*Czucie dotykowe wzmożone* w obrębie prawego n-u trójdzielnego I i II gałęzi, następnie na całej lewej połowie ciała, i z prawej strony na skórza jamy brzusznej między $D_6$ — $D_{12}$.

*Czucie włosowe* w tym okresie *wzmożone* na lewej i prawej połowie ciała, więcej wyrażone w dół od $D_6$ — również *z* prawej strony na twarzy. Więcej szczegółowe badanie nie mogło być przeprowadzone z powodu ciężkiego stanu chorej.

Po upływie 3 miesięcznej specyficznej kuracji — nastąpiła znaczna poprawa w ogólnym stanie zdrowia.

*Czucie dotykowe* w tym czasie wykazuje *obniżenie* w obrębie I i II gałęz prawego n-u trójdzielnego, i pasem w dół na obie kończyny od $D_8$, szczególniej zaznaczone ze strony prawej.

*Czucie włosowe* na twarzy zachowane wszędzie dobrze — pod dolną wargą — *wzmożone*. Na szyi, piersiach, plecach, odczuwa wyraźnie od $D_8$—$D_{10}$ *pas trichohyperestezji* ze skurczem mięśni szczególnie z tyłu wzdłuż kręgosłupa i na jamie brzusznej, z prawej strony ku dołowi na obu kończynach—wzmożone również, oprócz okolic koło stawów kolanowych i skokowych (rzadkie owłosienie) i w obrębie $S_4$ — $S_5$ gdzie jest nawet obniżenie czucia włosowego. *Nadwrażliwość włosowa* wyżej wspomnianych kończyn dolnych *szczególniej zaznaczona ze strony prawej*.

XVI. 3) *Meningomyelitis luetica. Porażenie na wysokości $D_6$—$D_{10}$ przeważnie z lewej strony*. Chora S. P. 30 l. hafciarka. Przechodziła szkarlatynę, dyfteryt, miała 2 poronienie. W r. 1923 zaczęły się ostre bóle w krzyżu i kończynach dolnych z jednoczesnym stopniowym w nich niedowładem i utratą słuchu. Obecnie chód spastyczno - paretyczny. Bezład i niedowład dolnych kończyn. Romberg. Odruchy ścięgnowe spotęgowane szczególniej z lewej strony, rzepko i stopotrząs, brzuszne odruchy osłabione—z lewa w większym stopniu. Babiński, Oppenheim, Mendel-Bechterew, Szäfer obustronny. Porażenie VIII pary nerwów czaszkowych. Źrenice bez zmian. Zaburzenie zwieraczy. B. W.

*Czucie dotykowe. Pas hyperestezji* naokoło od $D_6$ — $D_7$ i w dół na obie kończyny, szczególniej zaznaczone na podeszwach z prawej strony.

*Czucie włosowe — znacznie wzmożone* ze skurczem i dgraniem mięśni— od $D_8$ — $D_{10}$ pasem naokoło i w dół na obie kończyny szczególniej zaznaczone z boku, na przedniej powierzchni uda nad i pod kolanem, na podeszwach— w stopniu większym *z prawej* niż lewej strony.

XVII. 4) *Meningomyelitis luetica. Porażenie na wysokości* $D_8$—$L_1$ *przeważnie z lewej strony.* Chory S. W. 30 lat, felczer, alkoholik. Miał ulcus durum. Chory od roku 1911. Zaczęło się od zaburzeń płciowych (niemoc, bolesne erekcje). Następnie ostre bóle i niedowład stopniowy dolnych kończyn, parestezje, zaburzenie zwieraczy. Chód spastyczno-paretyczny bardzo utrudniony. Romberg. Bezład i niedowład dolnych kończyn. Odruchy ścięgnowe spotęgowane szczególniej z lewej strony. Klonus stopy i rzepki. Odruchy brzuszne i jądrowe zniesione. Babiński, Mendel-Bechterew, Oppenheim, Szäfer. Źrenice bez zmian. Niedowład prawego n-wu odwodzącego. B. W. ujemny. Specyficzna kuracja wpłynęła dodatnio. *Czucie dotykowe — pas hypaesthesiae* naokoło od $D_{10}$ — $D_{12}$ szczególniej zaznaczony z prawej strony. Następnie pas hyperestezji od $D_{12}$ — $L^1$ i w dół na obie kończyny, szczególniej na zewnętrznej stronie lewego podudzia.

*Czucie włosowe,* na twarzy i górnej połowie ciała bez zmian. Od $D_{10}$ odczuwa słabiej, przytem z prawej strony — na brzuchu nie odczuwa wcale (*trichoanestezja*), jak również z tyłu koło kręgosłupa między $D_8$—$D_{10}$. *Obniżenie czucia włosowego* w znacznym stopniu stwierdza się, dalej na udzie, podudziu, stopie, palcach na zewnętrznej i wewnętrznej stronie, z tyłu zaś idzie na kończyny dolne w formie rajtuz. Z lewej strony, obniżenie czucia włosowego zaznaczone w mniejszym stopniu, jak z przodu, tak i z tyłu na kończynie, gdzie druga połowa rajtuz dochodzi tylko do fossa poplitea. Przytem z prawej strony w miejscach mniej znacznej trichohypestezji chory umiejscawia dotknięcie do włosa zupełnie mylnie i często wskazuje na symetryczne miejsce drugiej kończyny (trichoallocheiria).

W 4-ch wyżej podanych przypadkach schorzenia rdzenia na tle przymiotu, możemy stwierdzić, iż *czucie włosowe* może być porażonem *niezależnie* od czucia dotykowego.

Trichohypaesthesia tam — gdzie mamy hyperestezję (wypadek 4), lub nadwrażliwość włosowa, przy obecności obniżenia czucia dotykowego (wypadek 2). Pozatem, gdy czucie dotykowe po pewnym czasie z hyperestezji przeszło w hypestezję, czucie włosowe pozostało wzmożone jakiem było w początkowym okresie choroby (wypadek 2).

Następnie — w wypadkach 1-ym i 3-im, gdy zaburzenia czucia dotykowego i włosowego są analogiczne — umiejscowienie, charakter i intensywność zaburzeń, przedstawia znaczne różnice.

Dalej, stwierdza się, iż przy lewostronnych porażeniach rdzenia w mniejszym lub większym zakresie, mamy na stronie porażenia pas trichoanestezji (wypadek 1-y i 4-y) lub pas trichohyperestezji (wypadek 2-gi i 3), a ztąd wdół na obie kończyny obiżone (1-y i 4-y wypadek) lub wzmożone (2-gi, i 3-ci wypadek), przyczem zaburzenia *stale* są wyrażone w *stopniu większym* na stronie *przeciwległej* porażeniu.

## Sclerosis disseminata.

XVIII. 1) Chora M. S. 25 lat. Przeszła dur wysypkowy. W roku 1924 zaczęła odczuwać stopniowo zmęczenie przy chodzeniu, osłabienie w nogach, a następnie wyraźny niedowład kończyn dolnych. Chód spastyczno-paretyczny. Romberg słabo zaznaczony. Mięśnie kończyn dolnych napięte. Odruchy ścięgnowe spotęgowane, klonus stopy i rzepki. Brzuszne zniesione. Babiński, Mendel-Bechterew, Oppenheim, Szäfer. Nystagmus poziomy, spłowienie części skroniowej brodawki prawego n-wu wzrokowego. Mowa nieco skandowana, nieznaczne drżenie zamiarowe. Zaburzenie zwieraczy premijające. B. W. ujemny. *Czucie dotykowe bez zmian. Czucie włosowe zachowane,* lecz chora *źle lokalizuje.*

XIX. 2) Chora T. S. 27 lat. Przeszła odrę, ospę, dur brzuszny. W roku 1919 utrata wzroku na prawem oku, częściowo następnie wyrównana, jednocześnie zaczęło się stałe osłabienie w nogach i w lewej kończynie górnej — aż w końcu chora straciła możność chodzenia. Leży bezwładnie, musi być karmioną. Mięśnie kończyn górnych i dolnych napięte, odruchy ścięgnowe spotęgowane, stopo i rzepkotrząs, brzuszne zniesione, Babiński, Mendel-Bechterew, drżenie zamiarowe. Mowa skandowana, przymusowy śmiech i płacz, inteligencja znacznie upośledzona, źrenice bez zmian, nystagmus, spłowienie częściowe prawej papillae n-i optici. Przemijające zaburzenia zwieraczy (incontinentia) B. W. ujemny. *Czucie dotykowe i włosowe bez zmian.*

XX. 3) Chora E. L. 30 lat. Przebyła ospę. Alkoh. W roku 1914 zaczęły się bóle w krzyżu i w nogach, jednocześnie drżenie w rękach, tak, że nie mogła utrzymać łyżki. Po pewnym czasie objawy się zmieniły, lecz w roku 1923 powtórzyły się w znacznie silniejszym stopniu. Chód spastyczno-paretyczny, Romberg, napięcie mięśni w kończynach dolnych, i w mniejszym stopniu w górnych. Odruchy ścięgnowe wzmożone, klonus stopy i rzepki z prawej strony, odruchy brzuszne zniesione, Babiński, Oppenheim, Mendel-Bechterew, Szäfer. Zrenice bez zmian, granice prawej tarczy n-wu wzrokowego, niejasne. Nystagmus, mowa skandowana, drżenie zamiarowe, inteligencja upośledzona. Zaparcie stolca. Czucie *dotykowe*, obniżenie pasem naokoło między $D_7$ — $D_{10}$ i nieznaczne w dół na obie kończyny. Czucie *włosowe* bez zmian.

XXI. 4) Chora Z. R. 42 l. służąca. W czasie wojny w r. 1920 uraz od pocisku. W r. 1923 po durze powrotnym — stopniowo bóle, osłabienie kończyn dolnych, utrudnione chodzenie. Romberg. Chód spastyczno-paretyczny. Mowa nieznacznie skandowana. Nystagmus, drżenie zamiarowe w lewej kończynie górnej w stopniu nieznacznym, rigiditas musculorum kończyn dolnych. Odruchy ścięgnowe spotęgowane, szczególniej z lewej strony, Babiński, lewe brzuszne zniesione. Przemijające zaburzenie zwieraczy. Czucie dotykowe obniżone, szczególniej z lewej strony pomiędzy $D_{10}$ — $D_{12}$, nieznacznie w dół. *Czucie włosowe zachowane,* lecz *z prawej strony* źle *umiejscowione.*

W 4-ch obserwanych wypadkach stwardnienic wielogniskowego—większych zmian w zakresie czucia włosowego nie skonstatowano. W wypadku 1-ym i 4-ym mamy niedokładne umiejscowianie dotykanych włosków. Odrębność zachowania się czucia włosowego i tu się daje zauważyć.

W obrębie obniżenia czucia dotykowego (wypadek 3 i 4) czucie włosowe pozostawało bez zmian. Przy zachowanem czuciu dotykowym (wypadek 1-szy) była nieprawidłowa lokalizacja bodźców odbieranych od włosków, również obecność tego objawu na stronie — przeciwległej (wypadek 4-y).

## Tabes dorsalis.

XXII. 1) Chory A. B. 40 l. kolejarz. Przechodził dur brzuszny, czerwonkę, ulcus molle. W r. 1921 bóle strzelające, w r. 1924 utrata wzroku. Romberg nieznaczny. Objaw Westphala. Zanik obu nerwów wzrokowych. Źrenice nie reagują. Zaburzenie zwieraczy. Odruchy ze ścięgna Achillesa zniesione, jądrowe również, brzuszne i podeszwowe żywe B. W. dodatni.

Czucie *dotykowe* — pas hypestezji między $D_6$ — $D_9$, szczególniej zaznaczony z lewej strony i po linjach środkowych i łopatkowych z tyłu, po linjach pachowych słabiej.

*Czucie włosowe* — z lewej strony między $D_6$ — $D_9$ pas trichohypestezji na nieznacznej przestrzeni z przodu i z tyłu koło kręgosłupa, następnie z przodu w formie niedużych czworoboków w okolicy obu sutek. Od $D_{10}$ — w dół czucie

włosowe zachowano bardzo dobrze, chory świetnie lokalizuje, odpowiada szybko— tak, że można mówić o pewnej nadwrażliwośc'.

XXIII. 2) Chory A. D. 40 l. Krawiec. W r. 1920 zaczęły się ostre bóle żołądka z wymiotami, oraz strzelające w nogach. Romberg. Źrenice nierównomierne Agryll-Robertson, Westphal, odruch z Achillesa zniesione, częste „crises gastriques", zaburzenie zwieraczy B. W.

Czucie *dotykowe* — z przodu z lewej strony między $D_5$ — $D_7$ nieduży pas hypestezji, od $D_7$ — $D_{11}$ szeroki pas hyperestezji z obu stron. Nadwrażliwość dotykowa stwierdza się na obydwóch kończynach dolnych — szczególniej z lewej strony.

*Czucie włosowe* — obniżenie — w okolicy sutek w formie wysypek prostokątnych. Pozatem wszędzie czuje bardzo wyraźnie.

*Nadwrażliwość* ze skurczem mięśni — szeroki pas od lińji sutkowej do pępkowej przez klatkę piersiową i brzuch i z tyłu między $D_6$ — $D_{11}$. Następnie na obu kończynach dolnych, szczególniej z lewej strony.

W przytoczonych 2-ch wypadkach tabes dorsalis — *czucie włosowe* niezależnie od czucia dotykowego jest stale obniżone w okolicy sutek w formie niedużych czworokątnych wysepek, pozatem zaś na większej przestrzeni w dół od linji mieczykowatej przy niezaburzonem czuciu dotykowem — nadwrażliwość (wypadek 1) jak również (wypadek 2) — od linji pępkowej łącznie z czuciem dotykowem.

Należy zaznaczyć, że w 1-ym wypadku pas trichohypestezji zlewa się z pasem hypestezji, w 2-im zaś — w obrębie pasu hypestezji już się zaczyna nadwrażliwość włosowa.

XXIV. 3) *Poliomyelitis anterior. Residua.* Chora Z. W. 18 l. W 8 miesiącu życia przechodziła jakąś chorobę gorączkową, po której nastąpił niedowład prawej, częściowo lewej kończyny dolnej. Obecnie—zniesienie odruchów kolanowego, Achillesowego na prawej i — obniżenie na lewej kończynie. Zanik mięśni na kończynach z częściowym zwyrodnieniem. Źrenice i zwieracze bez zmian. B. W. ujemny. *Czucie dotykowe* bez zmian. *Czucie włosowe* — wszędzie zachowane.

XXV. 4) *Dystrophia musculorum progressiwa juvenilis Erb'a.* Chora M. G. pastuszka. Przed 4 laty stopniowo utrudnione chodzenie. Chód kaczkowaty — podnosi się z ziemi na czworakach, opierając się na kolanach. Pas barkowy w zaniku. Skolioza części grzbietowej i lędzwiowej, brzuch wypięty, odruchy ścięgnowe osłabione — skórne bez zmian. Mięśnie i nerwy na oba rodzaje prądów elektrycznych reagują dobrze. Źrenice bez zmian. Czucie *dotykowe i włosowe bez zmian.*

W jednym obserwowanym wypadku po zapaleniu rogów przednich rdzenia i dystrophii postępującej mięśniowej — *zaburzenia czucia włosowego nie stwierdzono.*

## Schorzenie układu nerwowego obwodowego.

XXVI. 1) *Polyneuritis infectiosa.* Chora S. B. 40 lat. Przeszła ostry gościec stawowy, po którym zaczęły się ostre bóle w kończynach górnych, a szczególnie dolnych — stopniowe osłabienie ich działalności i niemożliwość ruchu. Chora nie może sama się poruszać. Insufficientia et stenosis v. mitralis. Odruchy ścięgnowe kończyn dolnych zniesione, górnych znacznie osłabione. Przy ucisku wyczuwają się zgrubiałe pnie nerwowe bardzo boleśne, szczególniej oba nerwy strzałkowe. Boleśne punkty Hirschberga. Mięśnie i nerwy kończyn dolnych nie reagują na oba rodzaje prądów elektrycznych — górnych — bardzo słabo. Źrenice, zwieracze bez zmian. B. W. ujemny. Czucie *dotykowe*—

osłabione w obrębie skórnych rozgałęzień n-i peronei. Czucie *włosowe* — *obniżone w tymże miejscu.*

XXVII. 2) *Neuritis n-i cruralis s.* H. S. 47 l. W 2 tygodnie po grypie, zaczęły się bóle, wiercenie, kłucie w lewem kolanie i na zewnętrznej powierzchni uda. Chodzi z trudnością utykając na lewą nogę, której po zgięciu nie może wyprostować, klęczenie — niemożliwe. Odruch kolanowy — zniesiony, inne bez zmian. Boleśne punkty wzdłuż prawego n-u udowego. Objaw Mackiewicza. B. W. ujemny. Czucie *dotykowe i włosowe obniżone* w obrębie skórnych rozgałęzień lewego n-u udowego.

XXVIII. 3) *Neuritis n-i ischiadici d. radicularis.* B. H. 39 l. Ojciec alkoholik. Chory używał również sporo. Od 3 mies. bóle i ograniczenie ruchów w lewej kończynie dolnej. Lasègue i jego odmiany. Odruch z lewego ścięgna Achillesa zniesiony — inne bez zmian. Lewy podeszwowy obniżony. Boleśne punkty wzdłuż prawego n-u kulszowego. Czucie *włosowe i dotykowe i obniżone* w obrębie skórnych rozgałęzień n-i ischiadic. d.

XXIX. 4) *Neuritis n-i ischiadici s. radicularis.* S. S. lat. Dentystka. Od roku bóle wzdłuż lewego n-wu kulszowego z ograniczeniem ruchów w lewej kończynie dolnej, skolioza. Lasègue i jego odmiany. Odruch z lewego ścięgna Achillesa zniesiony, inne bez zmiany. Lewy podeszwowy osłabiony. Bolesne punkty wzdłuż lewego n-wu kulszowego. Czucie *dotykowe* i *włosowe obniżone* w obrębie skórnych rozgałęzień n-wu kulszowego.

XXX. 5) *Neuritis n-i ischiadici d. radicularis.* S. D. 30 lat. Krawcowa. Od dwuch lat bóle w krzyżu i prawej kończynie dolnej. Chodzi z trudnością. Skolioza. Odruch z prawego ścięgna Achillesa obniżony, podeszwowy również, inne odruchy bez zmian. Lasègue i jego odmiany. Bolesne punkty wzdłuż prawego. n-u kulszowego.

Czucie *dotykowe* i *włosowe obniżone* w początkach choroby w obrębie skórnych rozgałęzień n-i ischiadici d., zostaje wyrównane jednocześnie.

XXXI. 6) *Neuralgia n-i ischiadici d. radicularis.* S. K. 26 lat. Krawcowa Od 6 miesięcy bóle w krzyżu i lewej kończynie dolnej. Skolioza nieznaczna. Lasègue. Bolesne punkty wzdłuż n-wu kulszowego. Odruchy bez zmian. Czucie *dotykowe* i *włosowe zachowane dobrze.* Czucie *włosowe* łącznie z czuciem dotykowym przy porażeniach nerwów obwodowych (neuritis), jak to stwierdziłam w 5 przypadkach, jest obniżone w obrębie skórnych rozgałęzień dotkniętych nerwów. W jednym wypadku (6-m) podrażnienie n-wu (neuralgia), zaburzenia czucia włosowego i dotykowego nie stwierdzono.

W porażeniu nerwów obwodowych czucie *włosowe* wraca do normy *jednocześnie* z czuciem dotykowem (wypadek 5).

XXXII. *Hemiatrophia faciei s.* A. L. Chłopiec 3 lat. Stopniowo od 3 roku życia zanik lewej połowy twarzy.

Czucie *włosowe* i *dotykowe* na porażonej połowie twarzy jak i na całem ciele żadnych *uchyleń nie przedstawia.*

XXXIII. *Sclerodermia.* R. T. 38 lat. Izraelitka, mężatka, dziedzicznością nie obarczona, miała 4 poronienia. Przed 5 laty przeszła ciężką postać duru brzusznego, poczem stopniowo zaczęła odczuwać niewyraźne ściskanie, skrępowanie, ściąganie skóry na kończynach. Wkrótce wystąpiło odrętwienie, mrówienie w palcach rąk, nóg, sinica, a chwilami zbielenie. Sluzówki i naskórek wszędzie zabarwione blado, état marbré skóry; na szyji, karku, leucoderma, na skórze brzucha striae gravidarum, na końcach palców rąk i nóg skóra błyszcząca, twarda nie daje się zebrać w fałdę, zabarwiona na sino ze zmianami troficznemi, ulceratio, pęcherze, kruszenie się paznokci. Skóra czoła, nosa, policzków, przedramion i podudzia również lśniąca, napięta, twarda. B. W.

ujemny. Zrenice, odruchy ścięgnowe i skórne bez zmian. Rozszczepienia czucia niema.

Czucie *dotykowe*, obniżone na końcach palców, nóg i rąk z pewną bolesnością przy dotknięciu w miejscach sinicy. Czucie *włosowe*, obniżenie czucia włosowego na twarzy szczególniej na czole, nad ustami, bocznych częściach twarzy, gdzie zwykle bywa najwyraźniej odczuwane. Po zatem wszędzie czucie włosowe zachowane, lecz stale wadliwie lokalizowane.

XXXIV. *Sclerodermia*. H. R. 24 lat. Służąca. Ojciec alkoholik. Zawsze była zdrowa. W 1915 roku przeszła dur brzuszny. Od lutego 1925 roku zauważyła przy zanurzeniu rąk w zimnej wodzie, odrętwienie w kończynach, które stopniowo zaczęło się zjawiać przy każdej zmianie temperatury. Wkrótce nastąpiło zbielenie palców, a następnie sinica. Powyższe objawy miały miejsce i na kończynach dolnych. Towarzyszyły im ostre napadowe bóle. Skóra kończyn górnych i dolnych (w mniejszym stopniu na udzie i ramieniu), na twarzy, szyji, klatce piersiowej wysepkami, stwardniała, lśniąca, nie daje się uchwycić w fałdę, o odcieniu bronzowym, miejscami depigmentowana. Dermografizm biały. Zrenice, odruchy zmian nie wykazują. B. W. ujemny.

Czucie *dotykowe* zschowane wszędzie dobrze, nieznaczna wysepka nadwrażliwa z przodu na piersiach pod obojczykami niedużym pasem i na stopach na paluchach i stronie wewnętrznej, pozatem w okresach większej anemizacji w palcach, występuje w nich obniżenie czucia dotykowego. Czucie *włosowe* w porażonych miejscach, jak i w pozostałych zmian żadnych nie wykazuje. Lokalizuje i odczuwa doskonale, można mówić nawet o pewnej *nadwrażliwości*.

XXXV. *Acrocyanosis*. Chora K. 20 lat, izraelitka. Panna. Dziedzicznością nie obarczona. Przed 3-ma laty po przebytem zapaleniu płuc zaczęły martwieć palce rąk i nóg w obrębie pierwszych paliczków rozszerzając się na całe palce z bólami, które wkrótce dały się odczuwać w stawach łokciowych, kolanowych, jak również w przedramionach i podudziu. Zjawiły się znaczna sinica i przemijająca anemizacja.

Chorej wykonano sympatykotomiję periarterialną na lewem ramieniu, po której jednak objawy się nie zmniejszyły. Obecnie, skóra na kończynach, szczególniej na przedramionach, kiściach, podudziach i stopach zabarwiona na granatowo, niekiedy występuje całkowite zbielenie. Zrenice, odruchy, zwieracze zmian nie wykazują.

Czucie *dotykowe* nieznacznie obniżone na przedramionach podudziach stopniowo obniża się znaczniej, szczególniej koło stawów łokciowych, kolanowych i na końcach palców rąk i nóg, pozatem wszędzie zachowane dobrze.

Czucie *włosowe*, nieznacznie obniżone wysepkami koło stawów łokciowych, kolanowych, na kiściach, stopach i palcach, przyczem na lewej kończynie górnej (operowanej) obniżenie w większym stopniu i daje się zauważyć na ramieniu i na przedramieniu. W pozostałych częściach ciała czucie włosowe bez zmian.

Wyżej podane wypadki, przypuszczalnych porażeń ośrodków sympatycznych, znacznych zaburzeń czucia włosowego nie wykazują, stwierdza się obniżenie czucia włowego w obrębie sklerodermizowanej skóry twarzy i stale złe umiejscowienie bodźców w wypadku 2-m, pewien stopień ogólnej nadwrażliwości w wypadku 3-m i obniżenie w obrębie porażonych sinicą kończyn, w wypadku 4-m. Natomiast ścisłych granic określić trudno, nieznaczne obniżenie czucia włosowego, na operowanej kończynie (sympatykotomja) w porównaniu z symetryczną, w wypadku 4-m daje się zaznaczyć. Czucie dotykowe zachowuje się odrębnie.

## Zaburzenia czynnościowe układu nerwowego.

XXXVI. 1) *Hysterja*. B. G. 22 lata. Służąca. Skierowana przez laryngologa u którego się leczyła z powodu uporczywego kaszlu krtaniowego, i zapadu w sen z objawami kataleptycznemi w czasie wziernikowania. Chora dziedzicznością nie obarczona. Zbudowana i odżywiona doskonale. Uskarża się na bóle w plecach, piersiach i prawej kończynie górnej. Odruchy, źrenice zmian nie wykazują. W czasie przebywania w klinice często po jakiejś przykrości płacz, śmiech, a później sen z objawami katalepsji. Czucie *dotykowe*— anestezja na całej prawej połowie ciała, oprócz okolicy stawu łokciowego i kolanowego i wysepki na lewej połowie klatki piersiowej. Czucie *włosowe*— obszar trichoanestezji zlewał się w zupełności z obrębem anestezji dotykowej — jedynie w okolicy obniżonego czucia włosowego na twarzy — trichoanestezja nie dotykała nieznacznej wysepki nad wargą i nad brwiami.

XXXVI. 2) *Hysteria*. J. Sz. 22 lata, hafciarka. Od 2 lat bóle głowy, częste płacze pseudologia phantastica: opowiada o duchach, które ją nawiedzają — i biją, pokazuje sińce na ciele, miejsca spalone, znaczone krzyżami, krwawy pot. Organicznych zmian układu nerwowego nie stwierdzono. Czucie *dotykowe*—anestezja wysepkowa na piersiach, boku, ramieniu, przedramieniu z lewej strony. Czucie *włosowe* — zniesione w tymże obrębie.

XXXVIII. 3) *Hysteria*. P. S. 22 lata, krawcowa, b. legjonistka. Przywieziona z paraplegją kończyn dolnych, które są zupełnie sztywne, jak kołki drewniane, nie mogą być schylone, ani poruszone w żadnym stawie. Miała podobne zesztywnienie już 3 razy, zawsze po większym przejściu moralnem. Odruchy spojówkowy i gardzielowy zniesione, inne zachowane, na dolnych kończynach nie mogą być wcale wywołane z powcdu sztywności nóg. Źrenice, zwieracze bez zmian. B. W. ujemny. Czucie *dotykowe* — kompletna anestezja ostrym pasem w dół od linji mieczykowatej. Czucie *włosowe* — zniesione analogicznie.

We wszystkich wyżej wspomnianych wypadkach czucie włosowe było zniesione łącznie z czuciem dotykowym w tymże obrębie.

## Zaburzenia wydzielania gruczołów dokrewnych.

XXXIX. 1) *Hyperfunctio glandulae thyreoideae*. Chora S. O. 21 r., panna. Zwiększony gruczoł tarczowy, nieznaczny wytrzeszcz, tremor rąk, pocenie się, uczucie gorąca, tachycardia, dermografizm czerwony. Odruchy żywe. Objawy ogólnej nerwicy. B. W. ujemny. Czucie włosowe i dotykowe bez zmian.

XXXX. 2) *Hyperfunctio glandulae thyreoideae*. K. P. 26 lat, panna, Exophthalmus, struma, tachycardia, tremor rąk, pocenie się, nieprawidłowe menses, zaburzenie traktu pokarmowego. Objawy ogólnej nerwicy. B. W. ujemny. Czucie włosowe i dotykowe bez zmian.

XXXXI. 3) *Hyperfunctio glandulae thyreoideae*. T. M. 37 lat, panna. Wytrzeszcz, zwiększona tarczyca, tachycardia, uczucie duszności, drżenie rąk, pocenie się znaczne i szybkie ubywanie na wadze. Zaburzenie trawienne. Objawy ogólnej nerwicy. Czucie dotykowe i włosowe bez zmian W wypadkach wzmożonej działalności gruczołu tarczowego zmian czucia włosowego nie stwierdzono.

Powyższe badania i obserwacje wskazują, że czucie włosowe występuje zupełnie wyraźnie, jako odrębne wrażenie czuciowe, niezależnie od czucia dotykowego. Stwierdza to raz jeszcze fakt istnienia sui generis czucia włosowego — jako swoistej odmiany czucia skóry, niezależnej od innych rodzajów czucia

powierzchownego. Z chwilą wykazania przez Merkla'a Bonet'a Szymanowicza, Retziusa, Ostroumowa—obecności we włosach włókien nerwowych, uwaga badaczy nieustannie zwrócona w tym kierunku—probuje wyjaśnić ich rodzaj i rolę fizjologiczną.

Sfameni, Dogiel, Crevatin uważają je za nerwy czuciowe pochodzenia sympatycznego, Szymonowicz, różniczkując trzy kategorje zakończeń nerwowych we włosach, zalicza je również do nerwów czuciowych — Ruffini jednak, probuje kwestjonować ich naturę sensytywną—widząc w nich jedynie włókna—przeznaczone dla naczyń krwionośnych danej okolicy.

Badania doświadczalne Noiszewskiego i Czudnowskiego z wycinaniem i przecinaniem rozmaitych części układu nerwowego współczulnego i ośrodkowego — probują ustalić pewien związek czucia włosowego — z układem sympatycznym. Oczywiście — doświadczenia te — nie wyczerpują całkowicie danej kwestji — jednakże wyniki ich są bardzo ciekawe, rzucając pewne światło na niniejszą sprawę — tembardziej — że obserwacje kliniczne w pewnym względzie zdają się je stwierdzać.

Okazało się więc — że przecięcie u zwierząt pasma współczulnego w części szyjnej lub lędźwiowej—obniża czucie włosowe poniżej ogniska — usunięcie zaś górnego zwoju szyjnego znosi je całkowicie na uchu. W tym ostatnim wypadku skonstatowano następcze stałe zwyrodnienie korzonków tylnnych, a częściowo przednich, na stronie usuniętego zwoju — szczególniej zaś na przeciwległej. Nerw trójdzielny — również ma zawierać włókna dla czucia włosowego twarzy i głowy.

Przecięcie przedniej części słupów bocznych w rdzeniu powoduje zniesienie czucia włosowego po stronie przeciwległej, jak również usunięcie gyri suprasylvii anter. części ciemieniowej kory mózgowej wywołuje całkowite zniesienie czucia włosowego.

Powyższe doświadczenia wskazuje na pewien związek czucia włosowego z układem wegetatywnym—w jakim stopniu jednak—narazie określić niepodobna.

Mówiąc o czuciu włosowem nie można pominąć milczniem sprawy odruchu włosowego (reflèxe pilomoteur) szczegółowo opracowanego przez André Thomas.

Wrażenia psychiczne — lub podrażnienie odpowiednich miejsc skóry — wywołują skurcz mięśni włosowych (arrectores pilorum) i podskórnych—i dają t. zw. objaw gęsiej skóry — odruch włosowy, który jest całkowicie uzależniony od układu współczulnego unerwiającego wspomniane mięśnie.

Niestety ani Noiszewski, ani André Thomas w swych pracach nie wyjaśnia stosunku odruchu włosowego — który sam przez się jest wyrazem czynności odśrodkowej—ruchowej—do czucia włosowego—czynności dośrodkowej.

Zbyt wielkiej wartości klinicznej dla diagnostyki chorób nerwowych — badanie czucia włosowego mojem zdaniem — nie posiada. Samo badanie jest uciążliwe dla badającego i badanego. Wymaga zbyt skomplikowanych warunków ostróżności — a miarodajność otrzymanych rezultatów — zależy całkowicie od odpowiedzi chorego. Sprawdzian to niezbyt pewny — gdyż chorzy inte-

ligentni — rozumiejąc doniosłość badań — mimowoli się suggestjonując mogą podawać odpowiedzi nierealne — chorzy nie inteligentni — wogóle słabo się orjentują w odbieranych wrażeniach czuciowych. Jedynie przy tabes dorsalis incipienis—bezwzględnie muszą być one brane pod uwagę. Noiszewski, Władyczko, Osipow, Czudnowski wykazali na obszernym materjale klinicznym — że czucie włosowe — w wiądzie rdzenia daje charakterystyczne zburzenia: czucie włosowe ze wszystkich rodzajów czucia powierzchownego najpierw bywa porażone — odrazu obejmuje rozległe przestrzenie i najdłużej pozostaje zmienionem.

Natomiast skonstatowanie istnienia czucia włosowego sui generis—otwiera nowe horyzonty w zrozumieniu fizjologji układu nerwowego — dodaje obszerne pole do badań doświadczalnych—gdyż z chwilą stwierdzenia rzeczywistego—ścisłego związku czucia włosowego z układem wegetatywnym — stanęlibyśmy przed rozwiązaniem kwestji bardzo doniosłej — istnienia włókien czuciowych w udziale sympatycznym.

## Wnioski.

1. W porażeniach Capsulae internae — w większości wypadków stwierdza się zaburzenie czucia włosowego na stronie przeciwległej porażeniu — niezależnie od czucia dotykowego.

2. W porażeniach systemu palleostriatum (residua post encephal leth.) zaburzenia czucia włosowego nie stwierdzono.

3. W rozlanych porażeniach rdzenia (myelitis, sclerosis disseminata) czucie włosowe występuje pasem trichoanestezji lub trichohypestezji, obejmując kończyny dolne—zawsze wyrażone w stopniu silniejszym na stronie przeciwległej porażeniu. Zachowuje się przytem odrębnie i niezależnie od czucia dotykowego.

4. W wiądzie rdzenia — stale występują pasy trichoanestezji na wysokości sutek—i zaburzenia czucia wdół na obie kończyny. Przyczem zaburzenia te występują jako najpierwsze z pośród zaburzeń czucia powierzchownego, obejmując odrazu rozległe przestrzenie i najpóźniej się wyrównywując. Nie mają żadnego związku z czuciem dotykowem. Dlatego też zaburzenie czucia włosowego może służyć jako doskonały przyczynek do rozpoznania początkowego okresu wiądu rdzenia.

5. W wypadkach sklerodermii i akrocyanozy—zaburzenie czucia włosowego występuje w obrębie porażonej skóry i jest niezależne od zmian czucia dotykowego.

6. W porażeniach nerwów obwodowych (neuritis, polineuritis) czucie włosowe ulega porażeniu łącznie z czuciem dotykowem w tym że obrębie — i jednocześnie wraca do normy.

7. Przy histerji zaburzenie czucia włosowego i dotykowego występowało jeonocześnie i w tym że zakresie co i czucie dotykowe.

8. W porażeniach rógów przednich, dystrophia musculorum progressiva juvenilis Erb'a hemiatrofji faciei, hyperfunctio glandulae threoideae — zaburzeń czucia włosowego nie stwierdziłam.

9. W organicznych schorzeniach układu nerwowego ośrodkowego i obwodowego występują zaburzenia czucia włosowego, jako odrębne wrażenie czuciowe w większości wypadków niezależnie od czucia dotykowego.

## PIŚMIENNICTWO

1. Basler Adolf — Methoden zur Untersuchung der Hautsinne.—Handbuch der Biologischen Arbeitsmethoden hrsg. v. Abderhalden, T. 7, H. 3. r. 1923.
2. Bechterew — Djagnostyka.
3. Czudnowski — Zmiany czucia włosowego i mięśniowego przy wiądzie rdzenia. Dyssertacja, 1907 r.
4. Guillaume — Le sympatique.
5. Laignel-Lavastine — Pathologie du sympatique.
6. Laignel-Lavastine — Plexus solaire.
7. Noiszewski — Trichoestheziometr — Nowiny Lekarskie, 1896 r. Nr. 6.
8. Noiszewski — Trichoesthesia — Nowiny Lekarskie. 1897 r. Nr. 5.
9. Noiszewski — Czucie włosowe skóry. Dyssertacja, r. 1900, Petersburg.
10. Noiszewski i Osipow — Czucie włosowe u chorych z wiądem rdzenia. Petersburg, 1091 r. z Kl. prof. Bechterewa.
11. Noiszewski i Osipow — Badanie czucia włosowego u nerwowo-chorych. Petersburg, 1898 r., z Kl. prof. Bechterowa.
12. Noiszewski — Czucie włosowe, gruczołowe i odruchy: włosowy i gruczołowy. Neurologja Polska, t. VII, z II, 1924 r.
13. Ossipow — Ein Fall von angeborenem partiellen Haarmangel in Beziehung zur Haarempfindlichkeit, — Neurologisches Zentralblatt 1901 r., Nr. 14.
14. Ossipow — W sprawie torów przewodnictwa czucia włosowego, — Niewrologiczeskij Wiestnik, t XX, z. 3.
15. Ruffini — Sur les expansions nerveuses de la peau.
— Les dispositifs anatomiques de la sensibilité cutaneé f. 3. Avril, 1905 r.
16. Rauber — Anatomja.
17. Szymonowicz — Histologia.
18. Thomas André — Le reflèxe pilomoteur. 1907 r.

---

# Krótki zarys terapji proteinowej.

Dr. STANISŁAW PESZYŃSKI.

Ogromny postąp w rozwoju biologji w końcu zeszłego i początku bieżącego stulecia dał nam poznać istotę chorób zakaźnych oraz zasady tak ważnego dla utrzymania życia objawu *odporności.*

Badania nad istotą odporności doprowadziły naturalnym biegiem rzeczy do odkrycia już w XX wieku nie mniej ważnego objawu *nadwrażliwości,* a więc objawu wręcz przeciwnego odporności; to też w przeciwstawieniu do *profilaksji* czyli ochrony organizmu od czynników szkodliwych, objaw wzmożonej wrażliwości na czynniki normalnie nieszkodliwe nazwano *anafilaksją.*

Jak odporność tak i anafilaksja wywołują pewne zmiany w chemiczno-fizjologicznych właściwościach cieczy organizmu, co musi pociągnąć za sobą odpowiednie dodatnie lub ujemne zmiany w warunkach odżywiania wszystkich

tkanek i dziś już mamy pewne dane pozwalające przypuszczać, że w powstających stąd mieszaninach najróżnorodniejszych składników chemicznych będą znalezione ciała, które w pewnych dawkach będą wywierać wyłącznie dodatnie działanie.

Podstawą nauki o *odporności* (immunitas) jest prawo *swoistości* (specyficznoścj). Daje się ono określić w sposób następujący: każdy wywoływacz (antygen), wprowadzony do ustroju ludzkiego lub zwierzęcego, daje bodziec do powstania w surowicy pewnych określonych ciał ochronnych czyli przeciwciał, a z drugiej strony każde przeciwciało wywiera wpływ określony na odpowiedni antygen. Ten związek swoisty między antygenem i przeciwciałem stał się podwaliną jak rozpoznawczych reakcji odporności tak też i swoistej profilaktyki i terapji chorób zakaźnych (wakcynacja, wakcynoterapja, seroterapja).

*Wakcynacja* dąży do wytworzenia czynnej odporności przeciwko jakiejkolwiek określonej chorobie przez wprowadzenie do zdrowego ustroju odpowiedniego bodźca. Tak szczepionka tyfusu, wywołująca pojawienie się przeciwciał tyfusowych, powinna chronić od tyfusu, ospowa od ospy i t. d.

Przy *wakcynoterapji* do ustroju, już zakażonego chorobą, wprowadza się szczepionkę, która stanowi hodowlę zarazka danej choroby, w celu wywołania tworzenia przeciwciał swoistych i dopomożenia uzdrowieniu chorego. Do jakiego stopnia ściśle przestrzeganą tu jest specyficzność, daje się widzieć stąd, że Wright, pragnąc uniknąć najmniejszych wątpliwości co do własności antygenu, woli posługiwać się szczepionkami tak zw. indywidualnemi, przyrządzanemi z hodowli uzyskanych od samego pacjenta, na którym się leczenie (*autowakcynoterapja*) odbywa.

To samo prawo specyficzności stało się podwaliną *seroterapji*. Dla leczenia jakiejbądź zakaźnej choroby używa się surowicy, zawierającej przeciwciała, nastawione przeciwko danemu zarazkowi i jego toksynom, a zdobywanej od zwierząt w sposób właściwy przygotowanych przez odpowiednie mikroby.

Na tych podstawach zbudowana została nauka o szczepionkach. Wszelkie dążenia ku dalszemu ich doskonaleniu jako też rozszerzeniu sfery ich zastosowania miały za punkt wyjścia owe prawo specyficzności.

Stopniowo jednak w każdej z tych trzech dziedzin poczęły się nagromadzać fakty, które jakgdyby temu prawu przeczyły.

Już w ostatnich latach zesz. stulecia, gdy się dopiero zakładały podwaliny nauki o przeciwciałach, gdy się toczyła ożywiona polemika między humoralną i fagocytarną szkołami, dzięki doświadczeniom Pfeiffera i innych, został ujawniony następujący fakt. Jeżeli śwince morskiej wprowadzić uprzednio do jamy brzusznej buljon, wodę lub mleko, a po upływie doby wstrzyknąć tam dawkę śmiercionośną cholerycznej hodowli, to zwierzątko nie ginie. Zdawałoby się przeto, że ciała obojętne ochroniły świnkę od cholery. Rzecz oczywista, o uodpornieniu specyficznem nie może być mowy. Pfeiffer przypuszczał, że zastrzyknięcie uprzednie podniosło odporność ustroju świnki w stosunku do wszelkiego rodzaju infekcji, być może dzięki powstałym przy tem objawom zapalnym w otrzewnej. Dodać należy, że te laboratoryjne eksperymenty w swoim czasie

znalazły odgłos w klinice. Prof. Mikulicz, usiłując podnieść odporność otrzewnej przeciwko możliwej infekcji, wstrzykiwał przed laparotomją rozczyn kwasu nukleinowego.

Praktyka seroterapji w miarę swego rozwoju zmuszona była zaznaczać pewne odchylenia od prawa specyficzności. Niemożebność przyrządzania surowic leczniczych przeciwko całemu szeregowi infekcyj, w części dla braku toksyn, zmusiła badaczy w wielu wypadkach zwrócić się do surowic ludzi, którzy już wyzdrowieli po danej chorobie, w nadziei wyzyskania tych antytoksyn, jakie się w nich znajdują. Takie próby były dokonane z pewnem powodzeniem w płonicy, durze wysypkowym i innych. Mniej więcej taż sama idea stała się podstawą seroterapji ciężkich intoksykacyj, spotykanych niekiedy w ciąży. Mayer i Freund, przypuszczając, że wszystkie te zaburzenia są skutkiem nieobecności we krwi odtrutek, które mogą nieutralizować krążące w ustroju jadowite pierwiastki, wstrzykiwali w takich wypadkach surowicę zdrowej ciężarnej kobiety w przekonaniu, że ta surowica powinna posiadać owe niezbędne antytoksyny. Również zadawalniające rezultaty otrzymano w leczeniu skazy krwotoczne (Weil i inni) za pomocą zastrzyknięcia świeżej, normalnej surowicy krwi, co się tłumaczyło tem, że taka surowica wprowadza do ustroju chorego materje, jakich brakuje do krzepnięcia krwi.

Kwestja więcej się powikłała, gdy się okazało, że surowica normalna oddziaływa tak samo jak surowica rekonwalescentów po szkarlatynie, albo jak surowica ciężarnych w toksykozach ciąży. Żeby nie schodzić z gruntu specyficzności, należało przypuścić, że tu grają rolę te przeciwciała, które, acz w niewielkiej ilości, znajdują się jednak w surowicy normalnej.

Ciekawą również jest ewolucja dokonana przez wakcynoterapję. Już w chwili gdy Wright i jego zwolennicy opracowali teorję i praktykę tej metody, istniały fakty leczenia niektórych chorób zakaźnych zapomocą hodowli, nie mających nic wspólnego z zasadniczem cierpieniem. Za punkt wyjścia służyło spostrzeżenie, że przypadkowo przyłączająca się róża sprzyjała wyleczeniu wilka, rzeżączki, zapaleniu przyjądrza lub też oddziaływała pomyślnie na przebieg sprawy nowotworów złośliwych. Potwierdzały to nawet spostrzeżenia laboratoryjne, Podług Emmericha świnki, zarażone łańcuszkowcami, stają się odporniejszemi na inne infekcje.

W celu wytłumaczenia tego wszystkiego wysunięto hipotezę, że tu grają rolę przejawy *antagonizmu* między różnymi rodzajami bakteryj, przyczem jeden gatunek bierze przewagę nad drugimi, osłabia ich rozwój, sprzyja ich pognębieniu i zagładzie. Takie wyzyskanie lecznicze bakterjalnych antagonistów otrzymało nazwę *bakterjoterapji* (Cantani).

Jednocześnie z tem po raz pierwszy, na podstawie systematycznego badania, wysunięta została możliwość t. zw. *heterowakcynoterapii* t. j. leczenia szczepionkami, nic wspólnego nie mającemi z daną chorobą. Kraus już wtedy wypowiedział myśl, że w heterowakcynacji gra rolę białko, wchodzące w skład szczepionki, które jest obce dla ustroju, będącego w kuracji. Potwierdzenie tej myśli stanowi praca Lüdkiego, który miał doskonałe wyniki w leczeniu

duru brzuśnego zastrzykiwaniami deuteroalbumozy Mercka (po 1 ctm. sześć. 2—4% rozczynu).

Wszystkie te oderwane fakty, wszystkie odchylenia od prawa specyficzności w sprawie wakcynizacji i wakcynoterapji zostały objęte w system prawidłowy przez R. Schmidta. Zamiast rozmaitych przetworów, jakie stosowano przed nim, wprowadził on w r. w 1916 jednostajny sposób leczenia zapomocą śródmięśniowych zastrzyków *mleka*. Jednocześnie utrwalił on nowe pojęcie *kuracji proteinowej*, polegającej na parenteralnem (pozajelitowem) wprowadzeniu do ustroju białek jakoteż produktów białkowych.

Stwierdziliśmy, w jaki sposób na gruncie swoistej kuracji chorób zakaźnych wyrosła w krótkim stosunkowo czasie nauka o kuracji proteinowej. A jednak, rzec tu można na prawdę, — *nic nowego pod słońcem*! Nowa ta, jak by się zdawało, zdobycz medycyny, jak najzupełniej słusznie zwraca uwagę Bier, była już znana przed wielu wiekami, tylko stosowano ją w innej postaci a także pod wpływem innych idei. Przelewanie (transfuzja) krwi, która w swoim czasie wzbudziła tyle nadziei i miała nie mało gorących zwolenników, jest niczem innem, jak tylko swego rodzaju proteinową kuracją. Prawda, że lekarze ówcześni, którzy stosowali ten sposób, dali się porwać idei możliwości transplantowania krwi — tego, jak by się zdawało, skupienia wszelkich życiowych sił. Ale badania naukowe dowiodły, że krew wprowadzona *hemolizuje się* i tym sposobem poderwały w gruncie ideę, poczem sama metoda poszła w zapomnienie. Nie podlega jednak wątpliwości, że wypadki powodzenia, jakie się niejednokrotnie zdarzały, powinny być w świetle dzisiejszej nauki zapisane na karb parenteralnego wprowadzania białek. Nader ciekawą jest wzmianka historyczna, przytoczona przez Pirqueta i Schicka, o tem, że w XVII wieku w Anglji w zastępstwie transfuzji krwi, robiono *dożylne wlewanie mleka*. Metoda owa w swoim czasie spotkała wielu zwolenników, ze względu jednak na zatory tłuszczowe, jakie się zdarzały przy dużych dawkach, była poniechana żeby, jak widzimy, zostać po trzech stuleciach wskrzeszoną w postaci zastrzyków śródmięśniowych.

*Działanie ciał proteinowych na ustrój* jest nader skomplikowane. Pewne światło na tę kwestję rzucają badania Weichardta nad tem, co nazywamy *znużeniem*. Przyczynę znużenia Weichardt upatruje w pewnych osobliwych, produktach *kenotoksynach*, odszczepiających się od mięśniowego białka podczas pracy mięśniowej. Pragnąc uodpornić aktywnie zwierzęta przeciwko jadowi znużenia, W. zastrzykiwał im rozmaite ilości produktów, odszczepionych od białek. Przytem okazało się, że duże ilości wywołują stan soporyczny, który prowadzi do śmierci. Przy średnich dozach zwierzę po pewnym czasie powraca do sił. Przebyte próby nie idą na marne, zwierzę bowiem zyskuje po nich pewną odporność na nowowprowadzone kenotoksyny i oprócz tego staje się ono zdatnem do wykonywania większej pracy niż zwierzę normalne. Wzmożona zdolność do pracy, po wstrzyknięciu białkowych produktów, występuje nie tylko w mięśniach, lecz również w innych narządach. Tak Weichardt i cały szereg innych badaczy skonstatowali wzmożoną produkcję mleka u kóz, zwięk-

szone wydzielanie chłonki i żółci, wzrastanie ilości antygenów we krwi uodpornionych i t. d. Na podstawie powyższych danych Weichardt dochodzi do wniosku, że parenteralne wprowadzenie produktów białkowych wywiera podniecający wpływ na żywą *protoplazmę*, wprawiając ją w stan więcej aktywny. Ta oto hypoteza o *aktywizacji pierwoszczy* posiada mglisty charakter, pozostawiając niewytłumaczonym mechanizm występujących przytem zjawisk. Według Biera wprowadzone produkty ciał białkowych wywołują podrażnienie wszystkich komórek ustroju, szczególniej komórek zapalnego ogniska, znajdujących się w stanie wzmożonej pobudliwości. Ztąd też Bier sądzi, że aktywizacja pierwoszczy Weichardta daje się w zupełności pokryć dawniejszemi poglądami Virchowa co do podrażnienia pierwoszczy.

Rozpatrzymy teraz ważniejsze z punktu klinicznego zmiany, wywoływane ciałami proteinowemi.

*Gorączka* dość stale towarzyszy parenteralnemu wprowadzeniu protein. Wielu skłonnych widzieć w niej jeden z głównych czynników leczniczych („lecznicza gorączka Biera"). Stopień gorączki, szybkość wystąpienia i długość trwania są w zależności od rodzaju białka, od wielkości dawki, od sposobu wprowadzenia i t. p. Tak przy śródmięśniowem wprowadzeniu 5 ctm. sześć. mleka. temperatura zaczyna się podnosić w kilka godzin po zastrzyknięciu, dosięga najwyższego punktu po 6—8 godz. poczem następnego dnia najczęściej spada do normy. Bakterjalne szczepionki dożylnie dają niekiedy po $^1/_4$—$^3/_4$ godz. dreszcz i znaczne podniesienie ciepłoty. Po 1—2 godz. ciepłota zaczyna spadać, a po 6—24 godz. osiąga minimum. Wielką rolę odgrywa tu indywidualność chorego, jego konstytucja i rodzaj choroby. Według Schmidta chorzy na cukrzycę, na raka żołądka, nie reagują prawie podniesieniem ciepłoty na śródmięśniowe zastrzyknięcia 5 ctm. $^3$ mleka, gdy tymczasem ta sama dawka w niedokrwistości złośliwej, w białaczce, wywołuje burzliwą reakcję.

Podniesienie ciepłoty podczas kuracji proteinowej, według zdania wielu, jest następstwem podniecenia cieplnego ośrodka.

*Oddziaływanie na krew.* Leukocytarna formuła podlega zmianom. W pierwszych godzinach po zastrzyknięciu liczba leukocytów w krwi obwodowej (neutrofilów, eozynofilów, mononuklearów) zmniejsza się: skupiają się one w naczyniach włoskowatych organów wewnętrznych (płuca, wątroba, śledziona). Ta początkowa leukopenja zmienia się wkrótce na znaczną leukocytozę, która trwa kilka dni a potem przemija. Owa leukocytoza, według zdania niektórych badaczy, pomaga głównie ustrojowi w jego walce z infekcją.

Leukocytoza zależy widocznie od podniesionej działalności szpiku kostnego. Płytki krwi również są znacznie liczniejsze. Bardzo silny wpływ wywierają ciała proteinowe na zwiększenie i przyśpieszenie krzepliwości krwi, co znalazło—jak zobaczymy—świetne zastosowanie w klinice. Owe zmiany w krzepliwości krwi znajdują się w związku ze wzmożonem tworzeniem się fibrynogenu oraz trombiny na skutek wzmożonej czynności odpowiednich narządów (głównie szpiku kostnego).

Wielce znamiennym jest wpływ ciał proteinowych na wytwarzenie się prze-

ciwciał. Jak wiadomo, u człowieka i zwierząt po dokonanej imunizacji ilość przeciwdział stopniowo narasta, dochodzi do pewnej wysokości, poczem zaczyna spadać. Jeżeli w tym okresie zastrzyknąć produkty proteinowe, to ilość przeciwciał znowu się podnosi (zostało to dowiedzionem dla aglutynin, precipityn i hemolizin). Możliwe jest w zupełności przypuszczenie, że w każdej jakiejbądź infekcyjnej chorobie, w chwili, gdy organizm walcząc z mikrobami, zaczyna wytwarzać przeciwciała, wprowadzenie nawet nieswoistych protein staje się czynnikiem wspomagającym i wzmacniającym tę sprawę.

Oprócz przeciwciał wzmacnia ono również i czynność fermentów. Tak po wprowadzeniu ciał proteinowych zwiększa się we krwi zawartość cukru, oczywiście wskutek aktywacji fermentu, rozszczepiającego glikogen. Zwiększają się również własności utleniające krwi.

*Wpływ na wydzielinę*. Wzmiankowaliśmy już wyżej o zwiększonej sekrecji mleka i żółci po wprowadzeniu protein. Spostrzegano również zwiększenie diurezy. Kwestja wpływu na sekrecję wewnętrzną pozostaje jeszcze dość ciemną.

Godnym jest największej uwagi fakt *obniżenia wrażliwości ustroju na trucizny* pod wpływem parenteralnych zastrzyków ciał proteinowych. Króliki, naprz., po zastrzyknięciu mleka, wytrwale znoszą zatrucie strychniną. Szczególnie wybitnym pod tym względem jest wpływ protein na skórę. U zwierząt, przygotowanych białkowemi ciałami, skóra bardzo słabo reaguje na smarowanie olejkiem krotonowym, który u zwierząt nie przygotowanych wywołuje silną erytemę. Toż samo zauważył Spiethof u człowieka. Udawało mu się bowiem obniżyć wielką wrażliwość skóry na chryzarobinę zapomocą uprzedniej injekcji protein.

*Reakcja ogniskowa* nakłada swoiste piętno na całą terapję proteinową. Pod wpływem parenteralnego wprowadzenia przetworów białkowych ognisko chorobowe—gdzieby się ono nie znajdowało—zaczyna przechodzić w stan ostry, wszelkie chorobowe zjawiska w niem wzmagają się (przekrwienie, wypocina, wydzielanie ropy, bolesność i t. p.). Ten tak zw. okres ujemny prędko przemija i zamiast niego następuje okres dodatni, podczas którego ognisko choroby zdradza skłonność do zagojenia. Jako dowód takiego przyśpieszonego procesu gojenia służą doświadczenia na zwierzętach, również obserwacje kliniczne co do wpływu terapji proteinowej na wchłanianie nacieków, zmniejszenie wysięku opłucnowego i t. p. Według Biera komórki ogniska zapalnego jako znajdujące się w stanie podrażnienia, są więcej uczulone i reagują bardzo burzliwie na nowe podrażnienia. Wielu upatruje w reakcji ogniskowej jeden z poważnych czynników leczniczych, analogiczny Bierowskiej hyperemji. Nie należy jednak myśleć, że odczyn ogniskowy ma zawsze jednakowy charakter i że naprz. zastrzyknięcie podskórne mleka wywołuje niechybnie atak padaczkowy u epileptyka, atak kamicowy u chorego na kamicę żółciową i t. p. Na szczęście należy to do wyjątków. Tem nie mniej z możliwością tego rodzaju odczynów liczyć się należy i u chorych odnośnych, przy stosowaniu terapji proteinowej, zachować ostrożność w sensie dawkowania.

Odczyn ogniskowy naprowadza na jeszcze jedno rozważanie. Dotychczas

stosunek chorego na gruźlicę do gruźlicy był rozpatrywany wyłącznie pod kątem widzenia specyficzności reakcji. Gdy się jednak ma na względzie, że według R. Schmidta z jednej strony zastrzyknięcie mleka daje taki sam charakterystyczny odczyn ogniskowy u gruźlika, jak i tuberkulina, a z drugiej strony tuberkulina wywołuje odczyn ogniskowy u rozmaitych innych chorych (naprz. wzmożenie sprawy chorobowej w stawach w gośćcu stawowym), to mimowoli nasuwa się powątpiewanie co do prawidłowości poglądu na specyficzność tuberkuliny. A gdy się z tem zestawi dawniejsze doświadczenia Matthesa co do leczenia gruźlicy za pomocą deuteroalbumozy zamiast tuberkuliny, to przyznać należy, że teoretyczne podstawy diagnostyki i terapji gruźlicy wymagają rozpatrzenia, a co najmniej pewnego rodzaju korektywy.

*Wpływ na stan ogólny.* Odpowiednio eksperymentom Weichardta na zwierzętach, klinika w wielu wypadkach zaznacza też dobroczynny wpływ protein na stan ogólny chorego. Po krótkim okresie ujemnym (gorączkowanie i t. p.) następuje swego rodzaju euforja: przytomność powraca, samopoczucie poprawia się, ujawnia się rześkość i lepszy nastrój ducha, lepszy sen, wzmaga się czynność mięśniowa i mózgowa, ustępują bóle, trawienie poprawia się, chorym przybywa wagi i t. p.

## Przetwory, stosowane w terapji proteinowej.

1. *Bakterjoproteiny* w postaci rozmaitych bakterjalnych szczepionek swoistych dla danej choroby lub nie swoistych (wakcyna i heterowakcyna: tyfusowa, jelitowa, stafilokokowa, gonokokowa, tuberkulina, wakcyneurina [mieszanka bacil. prodigiosus i staphylococcus] oraz wiele innych). Tutaj zresztą można zaliczyć zakażenie żywemi mikrobami (plasmodium malarji i krętek duru powrotnego), stosowane z powodzeniem w leczeniu paraliżu postępowego.

2. *Surowice:* ludzka normalna i rekowalescentów, zwierzęce normalne, a także swoiste, używane w nieodpowiednich dla nich chorobach. Możliwem też jest, że niektóre surowice, proponowane w swoim czasie jako swoiste, (naprz. surowica Maragliano w gruźlicy), zawdzięczały swoje działanie obcemu białku, jakie się w nich zawierało.

3. *Krew:* W obecnym czasie zastrzykiwania i wlewanie krwi rzadko są stosowane.

4. *Mleko* sterylizowane przez 10-minutowe wrzenie i rozmaite przetwory z niego: aolan (mleko odtłuszczone), caseosan (5% rozczyn kazeiny).

5. *Białka i rozmaite produkty ich rozszczepienia:* białko jaja, żelatyna, deuteroalbumina (Mercka): pepton, kwas nukleinowy i jego połączenia.

6. *Produkty białkowe* samego chorego, poddanego leczeniu: krew (wydobywa się z żyły i wnet się zastrzykuje pod skórę lub też wpierw się odwłóknia), surowica, ropa, plwocina, kał i t. d. A więc autohematoterapia, autoseroterapja w zapaleniu opłucnej (wydostaje się 1 $ctm^3$ opłucnowego wysięku i natychmiast wstrzykuje się pod skórę), pyoterapja (zastrzyknięcie ropy ogrzanej przy ranach), sputoterapja (zaproponowana przez Krausa do leczenia krztuśca zastrzykami sterylizowanej plwociny krztuściowej). Wszystkie te materje przed-

stawiają odmiany proteinowej terapji i mogą być zastąpione zastrzykami mleka. Niektórzy stosują z powodzeniem wlewania wody przekroplonej naprzykład w ropnicy porodowej. Wywołują one oczywiście hemolizę, zwalniają produkty białkowe i tem samem są równoznaczne z wprowadzeniem protein. Tu również należą usiłowania wytworzenia w chorym ustroju ognisk, skąd by się wchłaniały produkty rozszczepienia jego własnych białek, naprz. wywoływania tak zw. abscesów fiksacyjnych przy pomocy podskórnych zastrzyków terpentyny.

*Jakiemu lekowi należy oddać pierwszeństwo?* Kwestja ta wymaga jeszcze eksperymentalnego i klinicznego zbadania. Na razie co do wyboru przetworu i w dawkowaniu klinika idzie po omacku, wprost empirycznie. Najczęściej w obecnym czasie stosujemy *mleko* i jego przetwory: aolan, kazeozan i inne (po większej części w ilości 5 ctm$^3$ do mięśni pośladkowych), surowica (przeważnie końska, normalna, a w braku tej, surowica przeciwbłonicza lub jakabądź inna swoista od 5—10 i więcej ctm$^3$ podskórnie lub domięśniowo) i szczepionki: tyfusowe, gonokokowa i inne podskórnie (0,5—1,0 ctm$^3$ zależnie od gęstości zawiesiny) lub dożylnie (przyczem dawki znacznie [5—10 krotnie] mniejsze).

*Miejsce zastrzyków.* Zastrzyki mleka i jego przetworów, a także surowic robi się po większej części wgłąb mięśni pośladkowych, rzadziej pod skórę. Szczepionki wprowadzamy dożylnie lub podskórnie. Dożylny sposób najprędzej prowadzi do celu, wymaga jednak największej ostrożności dla uniknięcia burzliwych reakcji, F. F. Müller wskazywał na wyższość, jaką ma w niektórych wypadkach zastrzykiwanie w samą skórę.

Autorowie francuscy niekiedy zadawalniają się podawaniem do wewnątrz dużych dawek peptonu (naprz. w napadach dusznicy, migreny i inn.). Prof. Danysz stosuje swoją szczepionkę podskórnie i doustnie.

Wielu zaleca robienie zastrzyków w sąsiedztwie z ogniskiem zapalnem.

*Zastrzyki powtórne.* Zwykle jeden zastrzyk nie wystarcza. Powtarzamy je, zależnie od reakcji ustroju oraz klinicznego przebiegu, z przerwami od 3—4 dni i więcej. Według badań Weichardta po zastrzykach powtórnych rozszczepianie wprowadzonych ciał białkowych odbywa się daleko prędzej aniżeli po pierwszym zabiegu. Zwykle przy częstych zastrzykach z krótkiemi przerwami zjawiska anafilaksji nie spostrzegamy. W doświadczeniach Schmidta z domięśniowem zastrzykiwaniem mleka anafilaktycznych objawów nie było nawet wówczas, gdy przerwa między pierwszym i drugim zastrzykiem trwała 14 dni pojedyńcze (zwykły termin dla uczulenia ustroju). Zresztą w literaturze są i przeciwne twierdzenia. Niektórzy, chcąc uniknąć silnej reakcji przy dożylnym zastrzyku szczepionki, robią dnia poprzedniego zapobiegający zastrzyk domięśniowy w celu wywołania odczulenia.

*Stosowanie kliniczne.* Nie specyficzność, lecz — że tak powiem — uniwersalność terapji proteinowej doprowadziła, jak się można było spodziewać, do tego, że zaczęto jej próbować w najrozmaitszych cierpieniach. Na razie trudno jest jeszcze rozejrzeć się w obszernej literaturze tego przedmiotu, jaka wyrosła

w ciągu ostatnich kilku lat. W Nr. 41 z dn. 7-X b. r. „Deutsche Med. Wochenschr." znajduje się siedem referatów wybitnych lekarzy i profesorów na skutek ankiety prof. Matthesa w kwestji proteinoterapji. Dużo w tej literaturze jest sprzecznych danych, dużo pośpiesznych wniosków. Dla tego też postaramy się wskazać tylko zasadnicze wytyczne.

Przedewszystkiem kuracja proteinowa znalazła obszerne pole zastosowania w *chorobach zakaźnych*. Leczenie *duru brzusznego* dało impuls do rozwoju całej metody. Tu wypróbowano szczepionkę durową prostą i sensybilizowaną według Bezredki oraz rozmaite heterowakcyny (podskórnie i dożylnie) deuteroalbuminoza Mercka (w 10% rozczynie wodnym z dodatkiem $^1/_2$% rozczynu fenolu, zaczynając od ctm.$^3$ dożylnie), mleko (5 ctm.$^3$ do mięśni pośladkowych). Ogólnem jest zdanie, że bez względu na to, jaki przetwór się stosuje, po jednym lub kilku powtórnych zastrzykach, choroba skraca się, a często nawet się przerywa, ma przebieg lżejszy i daje mniejszy % śmiertelności (Kraus, Hellerber i wielu inn.). Są pojedyńcze wskazówki na to, że przy pomocy powtórnych zastrzykiwań ciał proteinowych udaje się uwolnić chronicznych nosicieli od pałeczek durowych.

Wyborne rezultaty otrzymano również w *czerwonce* (v. Nolden, Döllzen, Haller) po zastrzyknięciu mleka, deuteroalbuminatu, surowicy końskiej (normalnej i swoistej). Wskazują na prędkie znikanie krwi, ustanie bólów, poprawę samopoczucia i skrócenie choroby. Van der Velden tłumaczy to tem, że wywołana przez ciała proteinowe reakcja ogniskowa prowadzi do roztopienia oddzielających się schorzałych tkanek i przyśpieszenia wyzdrowienie. Niektórzy sądzą, że i wpływ surowicy swoistej sprowadza się do wpływu protein.

W *influenzy, hiszpance*, zwłaszcza w powikłaniach z *pneumonja*, wypróbowano z powodzeniem surowice ozdrowieńców, streptokokową, pneumokokową, błoniczą, tężcową i przetwory mleka (v. d Velden, Batt, Ptitz i wielu innych). Wysięki opłucnowe i osierdziowe zostają prędzej wchłonięte pod wpływem protein.

W *encephalitis lethargica* autorowie francuscy (Lepine) zalecają fiksacyjne abscesy (ol. terpentyny). W *meningitis cerebrospinalis* Haller w trzech przypadkach zastosował z powodzeniem wlewanie deuteroalbuminatu.

*Dur plamisty* jakoby przebiega pomyślnie po zastosowaniu surowicy ozdrowieńców, normalnej surowicy końskiej i wlewaniu deuteroalbuminatu. Zastrzykiwania domięśniowe *mleka wyjałowionego* stosowałem osobiście w r. 1922 w szpitalu Św. Stanisława w Warszawie na 22 chorych w wieku od 10 do 55 lat, niewcześniej jak 4-go, nie później jak 7 dnia choroby, dawka od 5,0 — 8,0 grm. Z wyjątkiem 5 przypadków, w których wyraźnie choroba przerwała się na 7—8 dzień, w pozostałych przypadkach przebieg nie wiele się różnił od normalnego, tylko był nieco łagodniejszy i kończył się per lysin.

Seroterapja *płonicy* bywa prowadzona przez wielu pod hasłem terapji proteinowej. Szereg autorów stosował, z jednakowem jakoby powodzeniem, jak przeciwstreptokokową surowicę Mosera, tak również ludzką ozdrowieńczą i surowicę normalną (w dawkach 40—100 ctm$^3$), a także mleko, oraz dożylne wle-

wania deuteroalbumozy. Niektórzy utrzymują, że bądź co bądź lepsze wyniki daje surowica ozdrowieńców.

Nader pouczającą jest kwestja seroterapji *błonicy*. Surowica przeciwbłonicza, zdawało się, była wyższą nad wszelkie podejrzenia. Widziano w niej jednę z najświetniejszych zdobyczy nauki o odporności. I oto nagle w r. 1918 Bingel, na podstawie obszernego materjału wystąpił z komunikatem, że normalna surowica końska (tak zw. „pusta", niezawierająca antytoksyn) okazała się również skuteczną jak antytoksyczna. Komunikat ów wywołał zrozumiałą sensację. Doświadczenia laboratoryjne (Kolle i inni) jeszcze raz stwierdziły to, co już dawno wiedziano, a mianowicie, że surowica swoista przeciwbłonicza jest w stanie uratować życie od wielokrotnych śmiertelnych dawek toksyny, gdy tymczasem normalna surowica końska posiada tylko bardzo nikły wpływ ochronny.

W wielu przypadkach *posocznicy* (septycemji) jak gorączka porodowa, ciężkie powikłania przyranne i t. p. notowano dobre rezultaty po stosowaniu rozmaitych rodzajów protein (mleka, kazeiny, heterowakcyn, wody i inn.).

*Róża* zdaniem R. Schmidta stanowi grunt właściwy dla stosowania terapji proteinowej. Zastrzyki mleka częstokroć działają nawet poronnie. Ogniskowa reakcja zajętych okolic skóry bywa nieraz wyrażona wybitnie. Niektórzy proponują robić zastrzyki wokoło zapalnego ogniska.

Bardzo dobre rezultaty po zastrzyknięciu mleka otrzymano w *Chorobie Weila* (v. d. Velden). Prawdopodobnie tu się wyraża i hemostatyczne działanie parenteralnie wprowadzonych protein.

Są dalej twierdzenia, że uporczywe postacie *Anginae Vincenti* dają się prędko uleczyć zastrzykami tuberkuliny (Stuhl).

*Proteinowe leczenie gruźlicy* opracował Schmidt. Według jego zdania przedstawia się ono jako równowartościowe z leczeniem tuberkuliną. Nawet reakcja ustroju na zastrzyk mleka jest analogiczną z odczynami tuberkulicznemi, a mianowicie:

1) po fazie ujemnej (gorączka, podnosząca się częstokroć do 39$^0$, bój w piersiach, złe samopoczucie i t. d.) następuje zwykle po 8 — 12 godz. dodatnia faza (spadek ciepłoty, uczucie rześkości, swobodniejszy oddech, dobry sen, dość często ustanie istniejących dotychczas potów i t. d.);

2) na miejscu zastrzyku w samej skórze wytwarza się niewielki naciek (Stichreaktion);

3) wystąpienie mniej lub więcej wyraźnej reakcji ogniskowej (zwiększenie ilości rzężeń w ognisku, niekiedy zwiększenie stłumienia);

4) podczas kursu kuracji następuje powoli oswojenie się z mlekiem, tak, że możliwem się staje stopniowe zwiększenie dawki.

Przez wzgląd na wrażliwość ustroju gruźliczego i dla uniknięcia zbyt silnej ogniskowej reakcji, Schmidt zaczyna od $1/2$ ctm.$^3$ i stopniowo dochodzi do 2 ctm.$^3$. Zastrzyki zwykle robimy pod skórę; w razie bolesności domięśniowe.

Schmidt ostrzega przed entuzjazmem zbytecznym, wogóle sądzi, że mleko może dać to samo co tuberkulina.

Są pojedyńcze wskazania na korzyść kuracji proteinowej *w promienicy*.

Sprawie proteinoterapji w *rzężączce* poświęcono cały szereg prac. Zamiast stosowanych przedtem izo i auto — szczepionek, w obecnym czasie bez wyjątku prawie stosują mleko i jego przetwory. W ostrych rzeżączkowych zapaleniach cewki mleczna terapja nie dała, jak widać, szczególnych wyników, ale zato, według sądu jednomyślnego licznych lekarzy, okazała ona błogosławiony wpływ na formy chroniczne, a także na rozmaite powikłania rzeżączki, ze strony stercza, przydatku jądra i stawów. Przytem występuje wyraźnie reakcja ogniskowa.

*Wrzód miękki* również wchodzi w obręb kuracji proteinowej. Uporczywe rany, nie poddające się zwykłym sposobom leczenia, goiły się rychło po zastrzykach mleka i innych przetworów (Antoni, Gutzman).

Dają się słyszeć głosy również co do stosowania protein *w przymiocie* (Schreiner, Scherber), ma się rozumieć, obok rtęci i salwarsanu.

Stanowczo dodatnie perspektywy mają się otwierać rzekomo w *paraliżu postępowym*. W ostatnich latach zwrócono się do sztucznego zakażenia durem powrotnym (Plaut) i malarją (Wagner, Weichbrodt). Na podstawie dość dużego i starannie zbadanego materjału autorowie sądzą, że ta metoda daje dość długie i trwałe remisje, zwracając pacjentom całkowitą zdolność do pracy. O ile można tu mówić o rzeczywistem wyleczeniu — pokaże przyszłość. Dölken zaznacza pomyślny wpływ rozmaitych bakteryjnych przetworów na *wiąd rdzenia* (tuberkuliny, szczepionki z bac pyocyaneuss, taphylococcus i inn.).

W chronicznej *malarji* stosują zastrzyki mleka, surowicy (a także adrenaliny) w celu prowokacyjnym dla tego, żeby zmobilizować ukryte ogniska pasorzytów, wywołać świeży paroksyzm a następnie, przy pomocy chininy, ułatwić sterylizację ustroju.

*Medycyna wewnętrzna* w wielu przypadkach stosuje kurację proteinową. Wdzięczną zwłaszcza rolę przedstawiają *choroby krwi*: hemofilia, purpura haemor., paroksyzmalna hemoragja (Weil, Nolf, v. d. Velden, Döllke). Krwotok szybko się zatrzymuje po zastrzyknięciu rozmaitych protein a szczególnie mleka. W celu profilaktycznym zastrzyki takie wskazane są przed operacją u ludzi skłonnych do krwotoków. Dobre rezultaty po mleku notowano w chlorozie, a anaemia perniciosa (Schmidt), prawdopodobnie skutkiem tego, że narządy krwiotwórcze, pod wpływem parenteralnie wprowadzonego białka, przejawiają podniesioną czynność.

Znaczną poprawę po zastrzykiwaniu mleka, surowicy i t. p. zauważono w *arthritis chronica* rozmaitego pochodzenia.

W *astmie* udaje się niekiedy przerwać napad zastosowaniem przetworów proteinowych, które zdaniem Vidala, Abrami i Brissaud, wywołując w danych przypadkach desensybilizację ustroju, działają—że tak powiem—antianafilaktycznie.

Od trzech miesięcy stosuję szczepionkę prof. Danysza w astmie oskrzelowej, w przewlekłych nieżytach jelit, w pokrzywce, w ekzemie i, jakkolwiek za

mało mam własnych obserwacji w tej mierze, bądź co bądź jednak te nieliczne wyniki przedstawiają się dość zachęcająco.

*W dermatologji* terapja proteinowa znalazła również obszerne zastosowanie. Wypróbowano ją z mniejszym lub większym skutkiem w uporczywych postaciach acne, sycosis, scrophuloderma, urticaria, furunculosis, lupus, eczema, lichen planus, psoriasis. erythema exsud. i t.p. (Spiethof, Schreiner, Müller i inni).

Szerokie perspektywy otwierają się też dla *oftalmologji* (Müller, Thonner, Halser, Berneaud i inni). Jednomyślnie notowano zdumiewający wpływ zastrzyków mleka jakoteż innych analogicznych przetworów na rzeżączkowe, ropne zapalenie oczu. Nawet bardzo ciężkie postacie tej choroby ustępują prędko po jednym lub kilku zastrzykach mleka, przyczem i rogówka powraca do stanu normalnego. Równolegle z tem idzie szybkie znikanie gonokoków. Sprawę wyzdrowienia poprzedza odczyn ogniskowy, którego wyrazem jest zwiększenie zaczerwienienia i wzmożony odpływ ropy. Liczni autorowie opisują dobre wyniki również w innych chorobach oczu.

W praktyce *oto - laryngologicznej* terapja proteinowa jest jeszcze mało wypróbowana.

Proteiny figurują również w *ginekologji i położnictwie.* Wyżej już wspomniano o skutku pożytecznym zastrzyków mleka i surowic w rozmaitych toksykozach ciąży. W związku z przytoczonemi już doświadczeniami Weichardta na kozach, proponowano zastrzykiwać kobietom karmiącym mleko, aolan i inne przetwory w celu wzmocnienia wydzieliny gruczołów sutkowych (Nolf i Goldstein i inni). Zastrzyki mleka są nader skuteczne w rozmaitego pochodzenia krwawieniach macicznych (Esch.). Są wskazania na pożyteczność protein w uporczywych vulvovaginitach, parametrytach. Kwestja znaczenia protein w sprawie leczenia rzeżączkowych schorzeń przydatków wywołuje jeszcze na razie spory. Jedni (Lindig, Renaud) wypowiadają się za, drudzy (Kauert) przeciw.

*W pedjatrji* wypada wspomnieć pracę Czerny'ego, który leczy kacheksję dzieci gruźliczych codziennemi zastrzykami $1/2$ — 1 $cm^3$ surowicy końskiej. W niektórych przypadkach liczba zastrzyków dochodziła do 100. Wyniki otrzymane są dość pomyślne.

*W chirurgji* zastrzyki są proponowane w leczeniu uporczywych owrzodzeń, osteomyelitów, periostitów, w celu przyśpieszenia gojenia ran, dla pobudzenia zrostu odłamów kości. Zaznaczam też (Bier i Van d. Valden) pewien wpływ na nowotwory złośliwe (rozmiękczenie i roztopienie tkanki nowotworowej), jakkolwiek, niestety, o stałym efekcie nic do powiedzenia nie mamy.

*W neurologji* terapja proteinowa daje się stosować z pewnem powodzeniem w zapaleniach nerwów i nerwobólach rozmaitego pochodzenia Dölken zaproponował nawet w tym celu preparat *vaccineurin.* Bakterjalne szczepionki były rzekomo wypróbowane z pożytkiem w wiądzie rdzenia i w sclerosis multiplex.

*Przeciwskazania* nie są jeszcze ustalone ściśle. Sądzić należy, że tylko niemoc serca stanowi przeciwskazanie w leczeniu chorób ciałami proteinowemi.

* * *

W pobieżnym zarysie przeszły przed nami rozmaite dziedziny stosowania terapji proteinowej. Widzieliśmy, że tu medycyna praktyczna wyprzedziła znacznie medycynę eksperymentalno-naukową. Nie dość jeszcze zbadano działanie fizjologiczne ciał proteinowych na zdrowy i chory organizm, jeszcze nie został ustalony ściśle mechanizm ich działania, jeszcze nie uczyniono wyboru między jednemi, a drugiemi przetworami, nie są jeszcze określone ściśle wskazania i przeciwskazania, a tymczasem lekarze praktyczni jeden przed drugim—wprost empirycznie, poomacku próbują tej metody w najrozmaitszych cierpieniach. W takim empiryzmie ukrywa się niebezpieczeństwo zbyt znacznego odsunięcia się od medycyny naukowej. Z drugiej jednak strony, dzięki temu, gromadzi się surowy materjał, który przy współudziale laboratorjum i eksperymentu będzie dopomagał do wyświetlenia kwestji.

Jak i przy każdej innej, wchodzącej w modę nowej metodzie, jest tu jeszcze dużo uniesienia, dużo wniosków, opartych na materjale znikomym, wiele jeszcze przy dalszem sprawdzaniu okaże się niepewnem. Ale już dziś zaczynają zarysowywać się wyraźnie granice, w których terapja proteinowa może być z powodzeniem zastosowaną.

## Protokół posiedzenia Wileńskiego T-wa Lekarskiego

z dnia 26-go października 1927 r.

Przewodniczy prezes prof. *Januszkiewicz.*

Obecnych członków 30-tu, gości 33-ch.

Protokół poprzedniego zebrania, odczytany przyjęty.

Dr. *Kucharski* przedstawia chorę 30-letnią, która przybyła 5 IX r. b. do szpitala z guzem w jamie brzusznej, umiejscowionym w nadbrzuszu i w obu podżebrach, sięgającym do pępka; jednocześnie były objawy niedrożności jelit.

Prelegent widział chorą po raz pierwszy 10.VIII b. r. i rozpoznał wówczas Cystis pancreatis. Chora wówczas nie zgodziła się na laparatomję. Obecnie po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono guz wielkości głowy, pokryty i zrośnięty z siecią i otaczającemi tkankami. Guz wszyto do powłok brzusznych, nacięto go i zdrenowano, zawierał on płyn krwisty. Następnego dnia płyn miał wygląd opalizujący, zawierając trypsynę, więc był pochodzenia trzustkowego. Chora zniosła zabieg dobrze, wypisała się z przetoką, z której sączyła się niewielka ilość płynu.

W dyskusji prof. *Jakowicki* zaznacza, że torbiele trzustki nasuwają nieraz wiele trudności przy rozpoznaniu. W ub. roku akademickim miał mówca przypadek, który dawał obraz torbieli jajnika. Jeden szczegół tylko ustanawiał, że guz dawał łatwo odsuwać się ku lewemu podżebrzu. Nadzwyczajna ruchomość guza i zmiany w narządach rodnych przeszkodziły w ustaleniu właściwego rozpoznania — torbieli trzustki.

Prof. *Szmurło* zwraca uwagę na konieczność wyzyskania tego przypadku dla przeprowadzenia badań na trypsynę.

Prof. *Januszkiewicz* widział ten przypadek i rozpoznał torbiel trzustki. Przypadek ten był bardzo demonstracyjny, ze względu na to, że żołądek, leżąc na guzie, dawał się łatwo ujawnić, gdyby zaś guz wychodził z wątroby, przykrywałby żołądek. Na tę okoliczność słusznie zwrócił uwagę i podkreślił dr. Kucharski.

Przypadki torbieli trzustki są rzadkie: mówca w ciągu szeregu lat nie widział ani jednego przypadku, w ciągu bieżącego roku zaś obserwował trzy podobne przypadki, ostatni w szpitalu wojskowym.

Po odpowiedzi D-ra *Kucharskiego*, prezes zawiadamia o otrzymaniu zaproszenia na obchód jubileuszowy prof. Gluzińskiego, odczytuje program uroczystości, w której weźmie również udział, i zwraca się z propozycją, aby ktoś więcej to uczynił.

Następnie przewodnictwo obejmuje wice-prezes Dr. *Peszyński*.

Prof. *Januszkiewicz* demonstruje dwa przypadki zapalenia osierdzia i omawia przy tej okazji trudności, nastręczające się przy rozpoznaniu. Mówca podkreśla szczegół, na który zwykle mało uwagi się zwraca, który jednak jest niezmiernie charakterystyczny, mianowicie: niestosunek pomiędzy zastoiną w wątrobie i w innych narządach. Prócz tego mówca wskazuje na objaw, który dotąd mało był uwzględniany w piśmiennictwie, a który wielokrotnie stwierdzano w klinice, dzięki pracy d-ra Rudzińskiego, mianowicie: wysokie ciśnienie żylne, mierzone metodą krwawą, oraz odwrotne ruchy słupa wody w manometrze w czasie oddechów, co odpowiada objawowi pęcznienia żył w czasie wdechu.

Prof. *Januszkiewicz* wygłasza odczyt p. t. „Typy zastoiny sercowej". Praca ukaże się w druku".

## Protokół posiedzenia Wileńskiego T-wa Lekarskiego

z dnia 9-go listopada 1927 roku.

Przewodniczy prezes prof. *Januszkiewicz.*

Obecnych członków T-wa 36-ciu, gości 13-tu.

Na wniosek prezesa zebrani uczcili pamięć przez powstanie zmarłych członków T-wa D-ra Dawida Rozenkranca i D-ra Wiery Gierszun-Szwarc.

Dr. *Szabad* wygłasza wspomnienie pośmiertne o wymienionych zmarłych członków T-wa.

W ciągu ostatnich dni Wileńskie Towarzystwo Lekarskie poniosło dwie ciężkie straty.

W noc z 3-go na 4-go listopada zmarł w wieku lat 73 jeden z najstarszych i poważnych lekarzy m. Wilna *Dawid Rozenkranc,* syn właściciela znakomitej drukarni żydowskiej. Po ukończeniu szkoły rabinackiej w Wilnie młody Rozenkranc wyjechał do Niemiec i wstąpił na uniwersytet w Würzburgu, gdzie w r. 1879 uzyskał dyplom doktora medycyny po złożeniu pracy p. t.: „Ueber das Schicksal und die Bedeutung einiger Gallenbestandteile". W r. 1881 złożył rosyjskie egzamina państwowe w Petersburgu; później piastował posadę lekarza kolejowego w Pińsku, a po kilku latach przeniósł się do rodzinego Wilna.

Tutaj zajmował się praktyką prywatną ponad 40 lat, do ostatnich dni swego życia, kochany i szanowany przez wszystkie warstwy społeczeństwa nietylko miasta, lecz i całego kraju, za szczery i sumienny stosunek do chorych. Między innemi wśród jego pacjentów był także znakomity pisarz żydowski Szolem-Ałejchem.

B. p. dr. Rozenkranc był członkiem Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego w ciągu 37 lat, mianowicie od roku 1890. Był poza tem jednym z założycieli Stowarzyszenia Lekarzy-Żydów. Był prezesem Sądu honorowego tego stowarzyszenia i na tym właśnie posterunku ujawnił najlepsze cechy swego charakteru: zupełną bezstronność i głęboką dobroć. Będąc surowym względem siebie, wzór etyki lekarskiej, był on zawsze wyrozumiałym i miękkim w stosunku do swych kolegów.

B. p. dr. Rozenkranc pozostawił uczucie głębokiego żalu w sercu swych kolegów, przyjaciół i pacjentów. Zmarł na astmę sercową, zupełnie przytomny, spokojnie żegnając się z życiem. W ciągu ostatnich kilku lat, mimo znacznego osłabienia, pracował, nie chcąc pozostać inwalidą i ciężarem dla społeczeństwa. Zmarł jako żołnierz na swoim posterunku. Cześć jego pamięci!

Proszę o uczczenie pamięci przez powstanie.

* * *

Po kilku dniach bezlitośna śmierć wyrwała z naszych szeregów drugą ofiarę. Dnia 6-go b. m. zmarła na sepsis po dwudniowej chorobie w wieku lat 37 uzdolniona okulistka, *Wiera Gerszun-Szwarc*, córka członka honorowego. Wiera Gerszun po ukończeniu w r. 1910 wydziału przyrodniczego uniwersytetu w Nancy z dyplomem „licenciée en sciences“ wstąpiła na wydział lekarski tegoż uniwersytetu; w r. 1914 uzyskała stopień doktora medycyny. W r. 1915 złożyła egzamina państwowe w Charkowie, kilka lat była asystentką profesora Bronsztejna w Charkowie, później zaś w ciągu 3 lat była asystentką profesora Silexa w Berlinie. Po takim solidnem wykształceniu i długoletniej specjalizacji pod kierownictwem najwybitniejszych specjalistów b. p. Wiera Gerszun przyjechała w r. 1921 do Wilna i objęła w Kasie Chorych stanowisko okulisty, na którem pozostawała do ostatniej chwili. Dzięki swej głębokiej fachowości i sumienności w pracy zaskarbiła sobie ogólne uznanie pacjentów. Będąc członkiem Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego, dr. Wiera Gerszun brała czynny udział w posiedzeniach towarzystwa, wygłaszając od czasu do czasu referaty oraz biorąc udział w dyskusjach.

Jeżeli ubolewamy nad śmiercią człowieka, który stał na krańcu swego życia, który dał społeczeństwu wszystko co mógł, tembardziej trudno się nam pogodzić ze stratą tak młodej, uzdolnionej i dużo obiecującej koleżanki, która umarła w pełni rozkwitu sił duchowych. Sit tibi terra levis!

Proszę o uczczenie pamięci zmarłej przez powstanie.

Po odczytaniu i przyjęciu protokółu poprzedniego zebrania dr. *Siedlecki* demonstruje chorego z oddziału chirurgicznego Szpitala Św. Jakuba: Dnia 27.IX b. r. zgłosił się do szpitala chory lat 27-miu z raną postrzałową klatki piersiowej po stronie lewej w linji pachowej w IX-tej przestrzeni międzyżebrowej. Ranę otrzymał 25.IX b. r. Badanie stwierdziło: objawy znacznej niedokrewności,

podrażnienie otrzewnej i wylew krwi do jamy otrzewnowej. Laparotomja wykazała b. dużą ilość krwi płynnej w jamie brzusznej, oraz zranienie dolnego bieguna śledziony. Nałożono trzy szwy ketgutowe i do miejsca zranienia podszyto sieć. Kontrola jamy brzusznej wykazała brak innych obrażeń, a kula tkwiła w sieci dużej. Po usunięciu kuli ranę operacyjną zaszyto na głucho. Chory wyzdrowiał pomimo powikłania w postaci ciężkiego zapalenia płuc.

Dr. *Czarnowski* komunikuje o przypadku połknięcia przez dziecko 4-ro letnie dużej otwartej pod tępym kątem agrafki. Bronchoezofagoskopja wykazała, że ostra cześć agrafki tkwi w górnej części przełyku, zwrócona ostrzem ku tyłowi w kierunku kręgosłupa, zaś pochewkę widać w tchawicy. Należy przypuszczać, że pochewka szeroko rozwartej agrafki wparta w przednią ścianę przełyku, spowodowała odleżynę tejże i przebiła się do tchawicy. Obce ciało zostało usunięte przez tchawicę. Chory wyzdrowiał.

W dyskusji prof. *Szmurło* podkreśla, że przypadek jest b. ciekawy i należy powinszować dobrego wyniku. Mówca nie zgadza się z tłumaczeniem, że agrafka była połknięta, raczej należy przypuszczać, że była aspirowana, bowiem ostrze łatwiej mogło przebić tchawicę.

U nas tego rodzaju przypadki są rzadkie, natomiast piśmiennictwo amerykańskie często o nich wspomina. Istnieją specjalne przyrządy do zamykania otwartych agrafek.

Dr. *Lewande* wspomina o przypadku z przed kilkunastu laty, gdzie agrafka tkwiła pod strunami głosowemi i nie można było inaczej jej usunąć, jak tylko przez tracheotomję. Następnie przytacza mówca przypadek połknięcia przez dziecko ziarna arbuza, które zatrzymało się w prawem oskrzelu. Podczas bronchoskopji nastąpiła zapaść, i dziecko zginęło.

Prof. *Szmurło* zaznacza, że w przypadku przytoczonym przez d-ra Lewande, wskazana była tracheotomja, a następnie wykonanie bronchoskopji dolnej. Tracheotomja wywołuje odruch kaszlowy i często obce ciało bywa wykrztuszone. Mówca wspomina o 2-ch podobnych przypadkach.

Dr. *Czarnowski* w odpowiedzi podnosi, że trudno orzec, czy w danym przypadku było połknięcie, czy też aspiracja. Wywiad i przebieg raczej przymawiają za połknięciem. Co do kwestji poruszonej w dyskusji, to mówca jest zwolennikiem tracheotomji nietylko przy wydostaniu ciał obcych u dzieci z tchawicy, lecz też z przełyku.

Prof. *Januszkiewicz* zwraca uwagę, że ułożenie agrafki w tchawicy i przełyku raczej przemawia za aspiracją.

Dr. *Peszyński* wygłasza odczyt p. t. „Krótki zarys o terapji proteinowej". Praca przeznaczona do druku.

Prof. *S. Trzebiński* niezupełnie podzielałby optymizm sz. prelegenta, wierzącego w prędkie już może rozwiązanie problematu proteinoterapji. Jest on bowiem jednem z zagadnień poznania terapeutycznego wogóle, którego trudności należy uważać za szczególnie wielkie. Doskonałą ich ilustrację stanowi właśnie historja antytoksycznego leczenia błonicy. Pamiętam dobrze czasy, kiedy ją zaczynano stosować. Byłem wtedy lekarzem na głuchej prowincji, gdzie dyfterja srożyła się

okropnie. W moch oczach zachorowało np. w jednej tylko rodzinie wszystkich siedmioro dzieci, a czworo z nich umarło. W ciągu paru dni jeden z kolegów stracił synka i żonę. W takich warunkach zjawiła się surowica Behringowska i zdawało się nam, że małe dawki, któreśmy z początku stosowali (600—1000 jednostek) działały wprost cudownie. Z biegiem czasu jednak entuzjazm się zmniejszał, a dawki wciąż rosły, dochodząc wreszcie do ilości wprost bajecznych. Przyszły różne statystyki, porównywające śmiertelność błoniczą w wielkich okresach czasu i w zastosowaniu do wielkich liczb chorych. To też zaczęto zastanawiać się nad tem, czy widoczne, jak się zdawało, obniżenie się śmiertelności, które wystąpiło jednocześnie z wprowadzeniem seroterapji, nie zależało przypadkiem poprostu od okresowego zmniejszenia się złośliwości choroby. Potem przyszedł Bingiel ze swemi znanemi twierdzeniami. Ostatecznie dziś, nawet stosując z reguły surowicze leczenie dyfterji i mając wrażenie, że ono w istocie pomaga, w zupełnie poprawny sposób nie potrafimy dowieść słuszności tego twierdzenia. Wyniki eksperymentów na zwierzętach zaś za dostateczny dowód uchodzić nie mogą, przenosimy je bowiem na ludzi zapomocą wnioskowania z analogii, nie dającego poważniejszych szans prawdopodobieństwa i wymagającego zawsze sprawdzenia drogą klinicznej obserswacji.

Prof. *Siengalewicz* zaznacza, że wszystkie ciała białkowe, wprowadzone parenteralnie, wywołują wstrząs ze wszystkiemi objawami charakterystycznemi. Jaki jest mechanizm działania — niewiadomo; prawdopodobnie jest to t. zw. terapja drażniąca (Reiztherapie).

Prof. *Szmurło* na zasadzie własnego doświadczenia stwierdza, że terapja swoista jest istotną terapją, nie należy jednak od niej wymagać za wiele. Wprowadzeniem wielkiej ilości surowicy nie osiągamy celu.

Dr. *Hanusowicz* podniósł znaczenie proteinoterapji w chorobach skóry: Mówca uważa, że leczenia swoiste w wielu wypadkach ma rację bytu.

Dr. *Lewande* podkreśla znaczenie wakcynoterapji.

Dr. *Wirszubski* zapytuje, czy prelegent identyfikuje pojęcia preteinoterapji i wakcynoterapji.

Dr. *Safarewicz* zaznacza, że sprawę swoistości starają się wtłoczyć w wąskie ramy odporności. Mówca uważa, że sprawa swoistości się ostoi. Szczepionka ma działanie swoiste i nieswoiste.

Dr. *Obiezierski* przypomina o swoim referacie, wygłoszonym w Związku Lekarzy Polskich, w sprawie wstrzykiwanie surowicy.

Dr. *Safarewicz* powtórnie zabiera głos w sprawie wakcynoterapji metodą Danysza.

Po odpowiedzi D-ra *Peszyńskiego*, prezes, reasumując wyniki dyskusji podnosi, że sprawa proteinoterapji nie prędko będzie rozstrzygnięta. Nieraz bywa trudno odnaleść czynnik swoisty, np w dychawicy oskrzelowej dotąd naliczono z górą 80 ciał. W klinice najchętniej stosuje się proteinoterapja w wypadkach gośćca stawowego.

Następnie po odczytaniu korespondencji, prezes zdaje sprawę z uro-

czystości jubileuszowej prof. Gluzińskiego, oraz odczytuje list prof. Gluzińskiego z podziękowaniem dla Wil. T-wa Lekarskiego.

Wreszcie mówca proponuje nabycie dla T-wa medalu pamiątkowego, co zebranie uchwala.

## Protokół posiedzenia Wileńskiego T-wa Lekarskiego wspólnie z Kołem Miłośników Historji Medycyny.

z dnia 23 listopada 1927 r.

Przewodniczy prezes prof. *Januszkiewicz*.

Obecnych członków T-wa 43-ch, gości 32-ch.

Protokół poprzedniego zebrania przeczytany i przyjęty.

Prof. *Michejda* przedstawia następujące przypadki: 1) chorego, który 3 miesięcy cierpiał na urazową niemotę ruchową (aphasia motoria), a który po zabiegu odzyskał mowę całkowicie. Zabieg operacyjny wykazał przyczynę cierpienia, krwiak podoponowy, który został usunięty.

2) chorego 20-letniego z niezarośnięciem pęcherza (ectopia vesicae), operowanego z dobrym skutkiem sposobem Maydla.

3) chorego 40-letniego z przedziurawieniem wrzodu żołądka. 9 godzin upłynęło od przedziurawienia, zaszyto miejsce przedziurawienia i dokonano zespolenia żołądkowo - jelitowego.

4) preparat fałszywej torbieli trzustki, pochodzącej od chorej 24-letniej, która przed 6-ciu laty spadła z konia. Od 2-lat zauważyła tworzenia się guza w jamie brzusznej. Wyłuszczenie torbieli, chora wyzdrowiała.

W dyskusji dr. *Zarcyn* w sprawie zgorzeli trzustki, występujących po operacjach, zaznacza, że zgodnie z piśmiennictwem za najczęstszą przyczynę należy uważać trafianie żółci do kanału Wirsunga przez co występuje aktywizacja soków trzustki i w rezultacie martwica tego narządu.

Prof. *Michejda* podnosi, że są i inne przyczyny, jak kamica.

Prof. *Januszkiewicz* w sprawie przypadku przedziurawienia wrzodu żołądka zaznacza, że chory ten w godzinach popołudniowych przybył do kliniki, a nad ranem nastąpiło przedziurawienie. Mówca z uznaniem podnosi okoliczność, że pomimo zaszycia rany nie nastąpiło zakażenie otrzewnej, chociaż chory miał zastoinę żołądka z powodu zwężenia odźwiernika.

Dr. *Załkindson* stwierdza, że w bieżącym roku miał 4 przypadki przedziurawienia w szpitalu żydowskim, w 2-ch wypadkach chorzy wyzdrowieli, w 2-ch zaś zginęli z powodu zbyt późnego dostarczenia ich do szpitala.

Prof. *Michejda* uważa, że operacja, wykonana w ciągu pierwszych 6-ciu godzin. zwykle daje pomyślne wyniki, później następuje najczęściej zakażenie bacterio coli. Po 24-ch godzinach zwykle wszystkie przypadki giną.

Dr. *Zarcyn* podkreśla, że ostatnio większość autorów wypowiada się przeciwko drenowaniu jamy brzusznej, bo dren jest czynny zaledwie około 2-ch godzin, zresztą ono nie obejmuje całej jamy brzusznej; prócz tego wchodzi w grę jeszcze inny czynnik, mianowjcie — ciśnienie w jamie brzusznej,

które się zmienia przy drenowaniu.—Prognoza zależy od tego, w jakim odcinku perforacja nastąpiła, bowiem flora górnych i dolnych odcinków jest niejednakowa,—daleko złośliwsza jest w kątnicy niż w żołądku.

Prof. *Januszkiewicz* uważa, że kwas solny nie może mieć znaczenia decydującego w tych sprawach, bowiem zaledwie w 40% wrzodów mamy nadkwaśność, w znacznym odsetku jest niska kwasota, podobnie zresztą, jak w danym przypadku. Przypuszczalnie zaszyta otrzewna posiada lepsze warunki i większe właściwości bakterjobójcze. Mówca wspomina o 2-ch przypadkach przedziurawienia wyrostka robaczkowego z tamponowaniem jamy brzusznej, które zginęły po zabiegu.

Pro. *Trzebiński* wygłasza odczyt p. t. „Z notatek prof. Herberskiego".

W dyskusji dr. *Czarkowski* zaznacza, że znał 2 rodziny Herberskich, którzy podawali się za wnuków stryjecznych prof. Herberskiego. Mówca otrzymał wyciąg z testamentu, gdzie prof. Herberski zapisał majątek „Zameczek" Uniwersytetowi. Dokument ten wręczył on swego czasu ówczesnemu rektorowi prof. Siedleckiemu.

Prof. *Januszkiewicz* zaznacza, że według Bielińskiego Herberski nie zdobył popularności, nie utrwalił auskultacji za pomocą słuchawki. Jako okulista miał dużą praktyka.

Prof. *Michejda* wygłasza odczyt p. t. „Pozostawianie ciał obcych w polu operacyjnem". Praca ukaże się w druku.

W dyskusji dr. *Załkindson* stwierdza, że używa zwykle przy zabiegach operacyjnych chustek, z zaszytemi w nich monetami. W razie pozostawienia chustki w ranie operacyjnej, można ją wykryć zapomocą prześwietlania. W wypadkach ropni mówca stosuje tampony z gazy xeroformowej, które uwidoczniają się na Roentgenie.

Prof. *Jakowicki* zgadza się, ze wszystkiemi tezami prelegenta. Mówca uważa pozostawienie ciała obcego w polu operacyjnem za nieszczęśliwy przypadek, podobny do przecięcia nerwu, jelita lub naczynia. Mówca uważa, że tylko dobry zespół personelu i doskonała organizacja mogą obronić przed pozostawieniem ciał obcych w polu operacyjnem.

Dr. *Karnicki* jest zdania, że ginekolodzy są najwięcej narażeni na podobne przypadki, zwłaszcza przy ciężkich operacjach. Mówca jest za tem, aby przy zabiegu używano jaknajmniej gazy, jaknajmniej narzędzi i jaknajmniej rąk, podobnie jak operują Francuzi. Znaczną rolę gra opanowanie operatora i unikanie paniki.

Prof. *Szymański* zaznacza, że i w praktyce okulistycznej mogą się zdarzyć wypadki pozostawiania ciał obcych w polu operacyjnem, np. kawałka nitki, która została nie zauważona.

Po odpowiedzi prof. Michejdy, prezes zamykając dyskusję, podkreśla, że zastanawianie się nad pomyłkami prowadzi do udoskonalenia.

---

## Najważniejsze dane ze sprawozdań Wil. T-wa Lekarskiego z lat 1924, 1925 i 1926.

### Rok 1924.

Na początku roku Tow. liczyło członków honorowych, korespondentów i czynnych ogółem 168.

W ciągu roku zmarło czynnych członków 3; przybyło nowych członków czynnych 5 i honorowy 1, a więc w końcu roku Tow. liczyło wszystkich członków 171.

Zarząd: Prezes: Prof. A. Januszkiewicz, Wiceprezesi: Dr. A. Wirszubski i Dr. M. Minkiewicz, Sekretarze: Prof. S. Trzebiński i Dr. M. Trzeciak, skarbnik Dr. W. Bujalski, bibliotekarz Dr. A. Safarewicz.

Komisja rewizyjna: Dr. Zawadzki, Dr. Hłasko, Dr. Załkind.

Sąd koleżeński D-rowie: Michniewicz, Świerzyński, Maleszewski, Hłasko, Dembowski. Zastępcy D-rowie: Załkind i Świda.

Posiedzeń zwyczajnych odbyło się 17, nadzwyczajne 1 (w sprawie wyboru członka honorowego), doroczne walne 1.

Prócz tego uroczysty akt otwarcia nowej siedziby T-wa przy ul. Zamkowej 24, dn. 22.VI 1924 r.

Na posiedzeniach zwyczajnych naukowych wygłoszono odczytów i referatów 18, demonstracyj było 38.

Prócz tego na uroczystem posiedzeniu z racji otwarcia nowej siedziby odczyt 1.

Na posiedzeniach bywało przeciętnie 70 osób (członków 44, gości 26). Najwyższa liczba obecnych: członków 59, gości 49 — razem 108 osób, najniższa: członków 32, gości 11 — razem 43 osoby.

Posiedzenia do 4-go czerwca włącznie odbywały się w auli Śniadeckich, potem we własnej sali (Zamkowa 24).

W ciągu r. sprawozdawczego wykończono pracę około doprowadzenia do porządku lokalu T-wa, ozdabiając jego popiersiami i wizerunkami znakomitych mężów, oraz tablicą pamiątkową ku uczczeniu zmarłych w okresie wojny i rewolucji kolegów. Zakupiono też 50 krzeseł.

| | |
|---|---|
| Do kasy wpłynęło w ciągu roku . . | 2702 zł. 67 gr. |
| Wydano . . . . . . | 1860 zł. 62 gr. |
| Saldo na rok następny . | 842 zł. 05 gr. |

### Rok 1925.

Z roku zeszłego pozostawało 171 członków honorowych i czynnych. Z tych zmarł honorowy 1 i zwyczajnych 3; ubyło z innych powodów zwyczajnych 8 — razem 11.

Na końcu roku T-wo liczyło: członków honorowych i czynnych 174.

W skład Zarządu wchodzili: Prezes: Prof. K. Opoczyński, Wiceprezesi M. Minkiewicz i O. Załkindson, Sekretarze: Prof. S. Trzebiński, Dr. E. Czarnecki, a potem Dr. Z. Jakubowski, Skarbnik Dr. W. Bujalski, Bibliotekarz Dr. A. Safarewicz.

Komisja rewizyjna D-rowie: Zawadzki, Hłasko, Wirszubski.

Posiedzeń naukowych 15, administracyjnych 2, z tych jedno doroczne.

Na posiedzeniach naukowych odbyło się odczytów i referatów 16, demonstracyj 40.

Oprócz tego odbyło się 5 posiedzeń, urządzonych w porozumieniu z Wydziałem Lekarskim U. S. B. poświęconych zagadnieniom balneologji, zwłaszcza polskiej, na których wygłoszono 5 odczytów.

Bywało na posiedzeniach naukowych przeciętnie po 65 osób. Największa liczba 105, najmniejsza 23 osoby.

| | | |
|---|---|---|
| Dochody T-wa wyniosły w roku sprawozdawczym (w tem 2500 zł. zapomogi z M. W. R. i O. P.) | | 6398 zł. 55 gr. |
| Wydatki . . . . . . . . . . | | 5763 zł. 05 gr. |
| | Saldo . . | 635 zł. 54 gr. |

W październiku został wydany pierwszy zeszyt „Pamiętnika Wil. T-wa Lekarskiego“ pod naczelną redakcją prof. J. Szmurły. Na ten cel, podobnie, jak na koszta uporządkowania biblioteki T-wa, do której to pracy przystąpiono również w roku sprawozdawczym, T-wo otrzymało zasiłek (powyżej wyszczególniony) od M. W. R. i O. P. Dnia 13-go grudnia odbyła się uroczystość 120 letniej rocznicy założenia T-wa (opisana w Złotej Księdze).

**Rok 1926.**

Na początku roku członków 174, w tem 40 honorowych. W ciągu roku wstąpiło 12 (czynnych) zmarło 4, (w tem 1 honorowy).

Tak więc w końcu roku było 182 członk. (39 honorowych, 143 czynnych).

W skład zarządu wchodzili: Prezes Prof. K. Opoczyński, Wiceprezesi: D-rowie: S. Peszyński i O. Załkindson, Sekretarze: Prof. S. Trzebiński i Dr. S. Bagiński, Skarbnik Dr. W. Bądzyński, Bibliotekarz Dr. A. Safarewicz.

Komisja rewizyjna: D-rowie: Zawadzki, Bujalski, Wirszubski.

Stypendjatem (z zapisu D-ra L. Lachowicza) został w ostatnim kwartale roku sprawozdawczego student V kursu, p. Tadeusz Klekowski.

Pamiętnik T-wa wychodził w dalszym ciągu (3 zeszyty) pod redakcją prof. J. Szmurły.

Odbyto ogółem posiedzeń zwyczajnych naukowych 16: średnia frekwencja wynosiła 60 osób. Największa liczba 103, najmniejsza 28 osób (członków czynnych i gości).

Odczytów i referatów było 28, demonstracyj 19.

Dnia 2-go listopada T-wo przyjmowało wycieczkę lekarzy Czesko-Słowackich w liczbie 45 osób.

Dochód T wa wynosił 8668 zł. 85 gr. w tem zapomogi od M. W. R. i O. P. na wydawnictwa i bibljotekę po 1500 zł. — razem 3000 zł., oraz z zapisu D-ra L. Lachowicza na stypendjum 600 zł.

Wydatki 5458 zł. 60 gr. — Saldo 3210 zł. 25 gr.

## Sprawozdanie z działalności Wileńskiego T-wa Lekarskiego w roku 1927.

Na początku roku sprawozdawczego T-wo liczyło 182-ch członków, w tej liczbie członków honorowych 39 i zwyczajnych 143-ch. W ciągu roku przyjęto 2-ch nowych członków: 1) D-ra Marję Zagórską i 2) Prof. Zdzisława Sowińskiego; ubyło zaś 4-ch członków. Obecnie stan faktyczny wynosi 180 członków w tej liczbie 38 honorowych. Zmarli w ciągu roku: 1) D-r Paweł Ptaszyński, 2) D-r Władysław Zahorski — członek honorowy, 3) D-r Dawid Rozenkranc, i 4) D-r Wiera Gierszun-Szwarc.

W skład zarządu wchodzili: Prezes Prof. A. Januszkiewicz, Wice-prezesi: S. Peszyński i C. Szabad, sekretarz stały Prof. S. Trzebiński, sekretarze roczni: D-r Pawłowski i D-r J. Hurynowiczówna (w czasie ich nieobecności zastępczo D-r H. Rudziński) Skarbnik D-r W. Bądzyński, Bibliotekarz D-r A. Safarewicz, Komisja rewizyjna: D-wie Klott, Zawadzki, Wirszubski.

W ciągu roku sprawozdawczego odbyło się 18 posiedzeń naukowych. Frekwencja członków największa — 60, najmniejsza 19, przeciętnie bywało 36 członków, prócz tego uczęszczali na posiedzenia goście od 11 do 50 osób.

Wygłoszone zostały następujące referaty:

1) D-r Antoni Zalewski — O naczyniach limfatycznych stawu skokowego górnego u człowieka.

2) D-r Globus — Nowy sposób leczenia chorób grzybkowych włosów z pokazem chorych.

3) D-r Janina Hurynowicz — Wpływ insuliny na układ nerwowy wegetatywny.

4) Doc. D-r Łapiński z Warszawy — Sprawozdanie z Zjazdów w Dubrowniku, Belgradzie i Pradze w sprawie założenia Wszechsłowiańskiego Związku Lekarskiego. Organizacja I-go Wszechsłowiańsk. Zjazdu w Warszawie w r. 1927.

5) Prof. Schilling-Siengalewicz — Najnowsze poglądy na patogenezę nowotworów.

6) D-r Gogolewska-Löwenhoff — Omówienie przypadku Osteogenesis imperfecta wraz z pokazem chorego.

7) D-r Janina Hurynowicz — O czuciu włosowem.

8) D-rzy Zarcyn i Wirszubski — Przyczynek do leczenia mimowolnego moczenia nocnego.

9) Prof. Eiger, inż. Grossman i D-r Klemczyński — Interferometryczne badania krwi w raku.

10) D-r Toczyłowski — O wartości klinicznej wykrywania krwi, utajonej w stolcu.

11) D-r Szabad — Ilość urodzin i śmierci wśród żydów w Wilnie w latach 1921—1926.

12) Prof. Szymański — Własny sposób operowania jaskry przewlekłej.

13) D-r Sedlis — Nowe sposoby rozpoznawania i leczenia niepłodności u kobiet.

14) D-r Henryk Rudziński — Sphygmobolometria i jej wartość kliniczna przy badaniu sprawności mięśnia sercowego.

15) D-rzy Abramowicz i Wąsowski — Jaglica a nos.

16) Prof. Opoczyński — O nowotworze plazmatyczno-komórkowym ksantomatycznym z pokazem preparatu mikroskopowego.

17) D-r Czarnecki (odczytał prof. Trzebiński) — Odczyn gorączkowy u zwierząt, pozbawionych tarczycy, pod wpływem dożylnego wprowadzenia błękitu metylenowego.

18) D-r Wacław Zaleski — W sprawie „Adenomyosis retrocervicalis".

19) D-r Hanusowicz—Klasyfikacja chorób skórnych według Krzyształowicza.

20) D-r Wirszubski — O rażeniu słonecznem.

21) Prof. Szumowski z Krakowa — Medycyna jako nauka i jako sztuka.

22) Prof. Januszkiewicz — Typy zastoiny sercowej.

23) D-r Peszyński — Krótki zarys proteinoterapji.

24) Prof. Michejda — W sprawie pozostawiania ciał obcych w polu operacyjnem.

25) Prof. Trzebiński — Z notatek prof. Herberskiego.

26) Prof. Januszkiewicz — O nerce zastoinowej.

27) D-r Bagiński — Nowsze zdobycze histochemji.

Ogółem wygłoszono 27 odczytów.

Prócz tego były następujące pokazy:

1) D-r Dobaczewski—pokaz chorego z rzadkim objawem Markus-Gouna.

2) D-r Kucharski — pokaz chorego, operowanego z powodu ran kłutych brzucha, klatki piersiowej, lewej okolicy lędźwiowej ze zranieniem jelit.

3) D-r Kucharski — drugi przypadek, operowany z powodu stopy końskiej, wynikłej z powodu zranienia na wojnie.

4) D-r Dylewski -- pokaz przyrządu własnego pomysłu dla ustalania głowy chorego przy operacjach na wyrostku sutkowym.

5) D-r Kucharski — przypadek, operowany z powodu ulcus ventriculi perforativum.

6) D-r Kucharski—drugi przypadek operowany z powodu kamicy nerkowej.

7) D-r Michniewicz—pokaz chorego, operowanego z powodu Haematoma intracerebrale in lobo frontali laterali sinistro e contusione. Epilepsia.

8) D-r Kiakszto — przypadek operowany z powodu kłutej rany.

9) Prof. Jasiński — pokaz dziecka z zespołem Hirschsprunga.

10) Prof. Szmurło — przypadek, operowany z powodu raka krtani.

11) D-r Zarcyn — a) przypadek, operowany z powodu napadów kamicy żółciowej.

12) D-r Zarcyn — b) drugi przypadek, operowany z powodu ujawnienia drogą pyelografji opuszczenia prawej nerki i zwężenia moczowodu.

13) D-r Zarcyn — c) następny przypadek, operowany z powodu niedrożności moczowodu prawego, maskującego zapalenie wyrostka robaczkowego.

14) D-r Zarcyn — d) następny przypadek chorej, operowanej dwukrotnie z powodu kamicy żółciowej.

15) D-r Zarcyn — e) pokaz 2-ch chorych, operowanych z powodu bólów w okolicy prawej jamy biodrowej, u których okazało się pericholecystitis.

16) Prof. Michejda — a) przypadek zapalenia otrzewnej ze znaczną produkcją gazu.

17) Prof. Michejda — b) przypadek po odjęciu kończyny górnej wraz z łukiem barkowym z powodu mięsaka kostnego olbrzymich rozmiarów.

18) Prof. Michejda — c) pokaz rentgenogramów dziewczynki po wycięciu przyłokciowej części kości łokciowej z powodu mięsaka kostnego i wszczepieniu w miejsce usuniętej kości listwy z kości goleniowej długości 12 cm

19) Prof. Michejda — d) przypadek po wycięciu trzonu kości goleniowej z powodu zapalenia szpiku kostnego.

20) D-r Pawłowski — pokaz 2-ch przypadkow choroby Vaquez-Oslera.

21) Prof. Eiger, Inż. Grossman i D r Klemczyński —pokaz interferometru.

22) D-r Ryll-Nardzewska —przypadek, operowany z powodu ropnia w okolicy lewych przydatków, z którego wydobyto dwie gliszy ludzkie.

23) D-r Kucharski — a) pokaz przypadku złamania miednicy.

24) „ „ — b) przypadek, operowany z powodu kamicy nerkowj.

25) Prof. Jakowicki — pokaz preparatu ciąży trąbkowo-jajnikowej obumarłej z płodem odpowiadającym 6 miesiącom.

26) D-r Mancewicz — przypadek złamania żuchwy.

27) D-r Gojdź i D-r Nowokuńska — pokaz chorych z naturalną odmą.

28) D-r Klukowski — przypadek nefrozy.

29) Prof. Opoczyński — a) pokaz preparatu śledziony dodatkowej.

30) Prof. Opoczyński — b) preparat wrodzonego zwyrodnienia torbielowego nerek z niedrożnością moczowodów u noworodka.

31) Prof. Opoczyński — c) przypadek ropowicy języka.

32) Prof. Opoczyński — d) pokaz potworka-zroślaka twarzowo-piersiow.

33) Prof. Opoczyński — c) pokaz potworka jednookiego z częściowym brakiem mózgu i spotwornieniem nosa.

34) D-r Kucharski — a) pokaz chorego, operowanego z powodu aneurysma spurium traumaticum arteriae gluteaae superioris sinistrae.

35) D-r Kucharski — b) przypadek, operowany z powodu Contusio abdominis, perforatio ilei, peritonitis diffusa septico-purulenta.

36) D-r Zarcyn — a) przypadek, operowany z powodu przedziurawienia wrzodu żołądka.

37) D-r Zarcyn — b) przypadek, operowany z powodu kamicy żółciowej.

38) Prof. Januszkiewicz — dwa przypadki zapalenia osierdzia.

39) D-r Kucharski — przypadek, operowany z powodu torbieli trzustki.

40) D-r Siedlecki — przypadek, operowany z powodu rany postrzałowej śledziony.

41) D-r Czarnowski — pokaz ciała obcego (agrafki rozpiętej pod kątem tępym) wydobytego z przełyku i tchawicy.

42) D-r Janowicz — pokaz preparatu bąblowca nerki.

43) Prof. Michejda — a) przypadek, operowany z powodu aphasia motorica traumatica.

44) Prof. Michejda — b) przypadek, operowany z powodu ectopia vesicae.

45) Prof. Michejda — c) przypadek, operowany z powodu przedziurawienia wrzodu żołądka.

46) Prof. Michejda — d) preparat torbieli fałszywej trzustki.

Ogółem pokazów było 46.

Jak w latach ubiegłych T-wo wydawało Pamiętnik, gdzie stale umieszczane są sprawozdania z posiedzeń.

Ze stypendium z legatu D-ra Ludwika Lachowicza w ciągu ubiegłego roku do 1 grudnia korzystał student Tadeusz Klekowski. Obecnie ogłoszony został ponownie konkurs na wymienione stypendium. T-wo było reprezentowane nazewnątrz przez prezesa lub swych członków na Zjeździe Medycyny Wojskowej, Zjeździe Lekarzy Słowiańskich w Warszawie, na VII Zjeździe Internistów w Poznaniu oraz na uroczystościach jubileuszowych w Warszawie.

## Protokół Komisji Rewizyjnej Wil. T-wa Lekarskiego.

Dnia 11-go grudnia 1927 r. Komisja Rewizyjna w składzie D-rów: Leona Klotta, Abrahama Wirszubskiego i Zygmunta Zawadzkiego dokonała rewizji księgi kasowej, oraz sum pieniężnych i papierów wartościowych, należących do Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego i znalazła, że wszystkie pozycje w księdze kasowej odpowiadają dokumentom, stwierdzającym przychód i rozchód, że Saldo na sumę **1116** słownie tysiąc sto szesnaście złotych i że pieniądze te rzeczywiście są u skarbnika T-stwa. Z wymienionej sumy: **900** zł. stanowi stypendjum im. Lachowicza dla studenta Wydziału Lekarskiego (po 100 zł. miesięcznie), **131** zł. przeznaczone są na uporządkowanie Bibljoteki T-stwa, na bieżące zaś wydatki T-stwa pozostaje **85** zł.

Poza tem na przechowaniu u skarbnika są 4 ½ % listy zastawne Wileńskiego Banku Ziemskiego na **1470 złotych**, otrzymane w kwietniu r. b. po dokonaniu rozrachunku z Wileńskim Prywatnym Bankiem Handlowym za złożone w nim w r. 1908 na rachunek on call-owy 4½% listów zastawnych Wileńskiego Banku Ziemskiego, wartości nominalnej 2.600 rubli.

Wreszcie na przechowaniu u skarbnika są kwity depozytowe Państwowe Banku Rosyjskiego na ogólną sumę 28.000 rubli.

Wobec przeprowadzonej do dnia 1.III 1928 r. regestracji strat, poniesionych przez obywateli Rzeczypospolitej (byłego zaboru Rosyjskiego), a również i miejscowych instytucyj w Związku Obrony mienia Polskiego w Rosji przy ul. Zawalnej 1, Komisja Rewizyjna uważa za wskazane zaregestrować w wymienionym Związku kwity depozytowe Państwowego Banku Rosyjskiego na sumę 28.000 rubli, celem dochodzenia strat przed Ligą Narodów.

Członkowie Komisji Rewizyjnej:

Dr. *L. Klott*, Dr. *A. Wirszubski*, Dr. *Z. Zawadzki.*

# SPRAWOZDANIE KASOWE
## Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego
### z roku 1926/27.

**Dochód:**

| | Zł. | gr. |
|---|---|---|
| I. Pozostałość z roku ubiegłego | 3210 | 25 |
| II. Wpływy: | | |
| 1) Składki członkowskie | 2564 | — |
| 2) Odsetki od funduszów T-wa | 106 | 40 |
| 3) Wynajęcie sali T-stwa na zebrania | 55 | — |
| 4) Druk prac w Pamiętniku Wil. T-stwa Lekarskiego | 826 | 75 |
| 5) Ogłoszenia w Pamiętniku W. T. L. i prenumerata | 159 | — |
| 6) Dary 2-ch członków T-wa na uporządkowanie Bibljoteki | 131 | — |
| 7) Ofiara na wdowy po lekarzach za pośr. admin. „Słowa" | 20 | — |
| 8) Subsydjum M. W. R. i O. P. na uporządkowanie Bibljoteki | 1000 | — |
| 9) Stypendjum im. Lachowicza, wpłacone przez Wil. T-wo Dobr | 1500 | — |
| Razem | 9572 | 40 |

**Rozchód:**

| | | Zł. | gr. |
|---|---|---|---|
| I Koszta związane z utrzymaniem lokalu T-stwa: | | | |
| a) remont lokalu i mebli | 157.50 | | |
| b) instalacja elektryczna wraz z opłatą za zużytą energję do Magistratu m. Wilna | 320.— | | |
| c) opał (1 sążeń drzewa z popiłowaniem) | 186.— | | |
| d) podatek za szyld (za 2 lata) | 22.10 | | |
| e) pensja dozorcy domu i gratyfikacje | 270.— | | |
| Razem | | 955 | 60 |
| II. Wydatki kancelaryjne i korespondencja | | 91 | 80 |
| III. Koszta związane z obchodem jubileuszu Prof. A. Gluzińskiego | | 52 | — |
| IV. Ogłoszenie o śmierci i wieńce | | 222 | 50 |
| V. Ofiary: na budowę Domu Inw. i wzniesienie pomnika Poległego Żołnierza Sanitarnego | | 55 | — |
| VI. Przekazano St. L. P. w Wilnie ofiarę na wdowy po lekarzach | | 20 | — |
| VII. Koszta, związane z uporządkowaniem Bibljoteki W. T. L. | | 2196 | — |
| VIII. Koszta wydawnictwa „Pamiętnika Wil. T-wa Lekarskiego" | | 3763 | 50 |
| IX. Wypłacono z sum stypendjalnych stud. med. V kursu U. S. B. | | 1100 | — |
| Razem | | 8456 | 40 |

## Pozostałość:

| | | |
|---|---|---|
| a) na wydatki bieżące T-stwa | . . . . | 85 zł. |
| b) na uporządkowanie Bibljoteki | . . . | 131 zł. |
| c) stypendjum im. Lachowicza | . . . . | 900 zł. |
| Razem | . | 1116 zł. |

## Wykaz walorów:

1) 4 1/2% listy zastawne Wileńskiego Banku Ziemskiego na . . 1470 z
2) Kwity depozytowe Państwowego Banku Rosyjskiego na . . 28000 ru

Skarbnik Dr. *Wacław Bądzyński.*

Wilno, 14.XII 1927 r.

---

## Sprawozdanie z czynności Komitetu Redakcyjnego Pamiętnika Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego w r. 1927.

W skład komitetu wchodzili;

Z urzędu: Prezes Prof. *A. Januszkiewicz.*

Z wyboru:

*1. Dr. Jabłonowski*
*2. Dr Jakubowski*
*3. Prof. Jasiński.*
*4. Dr. Minkiewicz.*
*5. Prof. Opoczyński.*
*6. Dr. Safarewicz*
*7. Dr. Szabad.*
*8. Prof Szmurło*
*9. Prof. Trzebiński.*
*10 Dr. Wirszubski.*

W skład ściślejszego komitetu czyli wydziału wchodzili: *Prof. Trzebiński i Opoczyński,* jako redaktorzy. *Dr. Minkiewicz,* jako redaktor administracyjny.

Komitet redakcyjny zbierał się na narady w sprawch redakcyjnych w myśl regulaminu, opracowanego w początku roku, mniej więcej raz na kwartał, wydział zaś w miarę potrzeby. Zamiar wydawania Pamiętnika w liczbie 6 zeszytów rocznie, niestety także w tym roku sprawozdawczym nie dał się zrealizować z racyi braku odpowiednich funduszów, tak że dotychczas wyszły dopiero 3 zeszyty (z tych dwa podwójne) a wyjście 4-go, przewiduje się około Nowego Roku.

Od M. W. R. i O. P. Wil. Tow. Lek. w ciągu roku sprawozdawczego tytułem zasiłku na wydawanie Pamiętnika nic nie otrzymało.

Obecnie Pamiętnik został także organem Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej, której regulamin wydrukował w zesz. IV—V.

*S. Trzebiński.*

---

## Wiadomości bieżące.

Dnia 19-go grudnia 1927 r. odbyła się w sali posiedzeń Wil. Tow. Lek. uroczystość poświęcona pamięci ś. p. Józefa Brudzińskiego. Przemawiali: Prezes Wil. Tow. Lek. Prof. A. Januszkiewicz, Prof. W. Jasiński, Rektor Uniwersytetu Warszawskiego X. Dr. Szlagowski, Dziekan Wydziału Lekarskiego U. S. B. Prof. J. Szmurło i Dr. B. Hanusowicz.

---

Clinique Neurologique (Directeur prof. dr. S. Władyczko
de l'Université de Wilno (Pologne)

# Sensibilité pilaire.

par dr. med. JEANNE HURYNOWICZ
assist. de la Clin. Neurolg

## Résumé

En 1896 Noiszewski a designé comme une des sensibilités spécifiques cutanées — la sensibilité pilaire. Les observations cliniques et les travaux expérimentaux du même auteur — celles de Bechterew, Czudnowski, Osipow — ont prouvé l'existence de la sensibilité pilaire cutanée „sui generis" et son rapport avec le système sympathique.

Dans mes recherches sur 41 malades (maladies du système nerveux central, périphérique, organovégétatif, fonctionnelles) je suis arrivée à de telles conclusions:

1. Dans la plupart des cas où le procès est localisé dans la capsule interne — la sensibilité pilaire etait modifiée sur le côté opposé sans aucune relation avec la sensibilité tactile.

2. Les lésions du „systema palleostriatum" ne donnent pas de changements dans la sensibilité pilaire.

3. Dans les différentes lésions de la moélle on trouve des zônes de trichoanesthésie ou trichohypesthésie et des modifications de sensibilité pilaire sur les membres inférieurs — toujours plus marquées sur le côté opposé et qui ne dépendent pas des modifications de la sensibilité tactile.

4. Dans le „tabes incipiens" c'est la sensibilité pilaire qui est modifiée la première de toutes les sensibilités cutanées. Se répandant largement — sur la partie inférieure du corps, et donnant des zones trichoanesthétiques au niveau du mamelon — elle reste tout à fait différente des modifications de la sensibilité tactile. Ces traits caractéristiques peuvent servir comme diagnostiques dans le tabes commençant.

5. Dans les cas de sclérodermie, d'acrocyanose—la sensibilité pilaire, indépendante de la sensibilité tactile, reste modifiée dans les endroits attaqués.

6. Dans les lésions des nerfs périphériqus la sensibilité pilaire et tactile sont modifiées identiquement et reviennent a l'état normaï dans le même temps.

7. Dans le cas de pytiatisme les modifications de la sensibilité pilaire et tactile sont les mêmes.

8. Dans les lésions des cornes antérieures de la moélle, de la dystrophie muscuclaire juvénile Erb, de la hémiatrophie faciale, du hyperthyréoidisme—les modifications de la sensibilité pilaire n'étaient pas constatées.

9. Dans les cas de lésions du système nerveux central, périphérique et fonctionnel — on trouve la modification de la sensibilité pilaire — dans la plupart des cas tout à fait indépendante de la sensibilité tactile. Ce qui prouve que la sensibilité pilaire peut être distinguée comme une sensibilité cutanée sui generis.

---

# La thérapie des protéïnes.

Dr. S. PESZYŃSKI.

Le fondement de la théorie de l'immunité est *la loi de la spécifité.* Elle est basée sur l'admission d'une relation exclusive entre l'infection et l'organisme et entre l'antigène et l'anticorps. Cette relation spécifique servait comme base de la prophilaxie ainsi que de la thérapie des maladies infectieuses (vaccination vaccinothérapie, sérotherapie).

En 1916 R. Schmidt a réuni les obsérvations qui confirmaient ces doutes, en introduisant les injections de lait, appliquées à différentes maladies.

L'albumine, introduite parentéralement, est un excitant pour le protoplasme, d'ont il intensifie l'activité. Il élève aussi la temperature, produit la leucocytose, ainsi que de fibrinogènes et de la trombine — ce qui augmente la coagulation du sang, produit des anticorps — en réduisant l'infection et augmentant la résistance de l'organisme contre les poisons.

Pour cette thérapie des protéïnes on emploie les vaccins, le lait, le sang et d'autres protéïnes, selon les indications, en injections intramusculaires ou souscutanées, ou même „per os", dans toute sorte de maladies infectieuses, comme la fièvre typhoide, la dysenterie, l'influenza, ect. L'auteur cite ses propres expériences. Schmidt a réussi à guérir la tuberculose par cette méthode. D'autres l'ont appliquée à la gonnorhée, la paralysie progressive, la fièvre intermittente, l'hémophilie, l'arthritisme, l'asthme, les maladies de la peau, les maladies nerveuses.

Les contraindications ne sont pas encore fixées, il parait, que ce ne serait que dans les cas de la faiblesse du coeur.

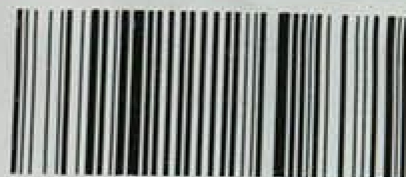
Ici la médecine pratique a devancé la médecine scientifique. La théorie est encore insuffisante, mais les médecins pratiques répandent l'usage de l'albuminothérapie en obtenant des résultats satisfaisants. Ilv réunissent des matériaux qui serviront plus tard pour les théories scientifiques.

## Spis alfabetyczny nazwisk.


Abramowicz str. 135*, 155, 248.
Aleksandrowicz str. 101.
Bagiński str 247, 248.
Bądzyński str. 247, 252.
Borowski str. 68*.
Borysewicz str. 193.
Bujalski str. 246, 247.
Chodynicki str. 209.
Chodźko str. 203.
Czarkowski str. 98, 160, zesz. IV—V, I*, 206.
Czarnecki str. 177*, 200, 202, 211, 246, 248.
Czarnocki str. 242, 250.
Dobaczewski str. 95, 97, 248.
Dylewski str. 98, 101, 249.
Eiger str. 100, 101, 155, 159, 248, 249.
Gierszun-Szwarz str. 240, 241, 247.
Globus str. 95, 96, 98, 248.
Gluziński str. 205, 244.
Gogolewska-Löwenhoff 149, 153, 248.
Gojdź 249.
Grossmann str. 159, 194, 248, 249.
Gryglewicz str. 101.
Hanusowicz str. 202, 204, 243, 248, 253.
Hłasko 246.
Hurynowiczówna 3*, 95, 98, 99, 144, 149, 154, 159, 213*, 247, 248, 253.
Jabłonowski 98, 158, 199, 252.
Jadziewicz 209.
Jakimiak 203.
Jakowicki str. 100, 102, 159, 191, 192, 193, 194, 201, 205, 239, 245, 249.
Jakubowski str. 98, 246, 252.
Janowicz str. 250.
Januszkiewicz str. 95, 96, 98, 100, 101, 144, 145, 149, 150, 154, 157, 158, 159, 190, 191, 193, 194, 198, 199, 200, 201, 239, 240, 242, 244, 245, 246, 247, 248, 250, 252, 253.
Jasiński str. 102, 154, 155, 157, 249, 252, 253.
Kapłan str. 86*.
Karaffa-Korbutt str. 101. 161, 207.
Karnicki str. 192, 194, 245.
Karwacki str. 203.
Kiakszto str. 154, 249.
Klekowski str. 247.
Klemczyński str. 159, 195.
Klott str. 247, 250.
Klukowski str. 199, 249.
Kościałkowski str. 209.
Kucharski str. 98, 99, 144, 191, 201, 239, 240, 248, 249, 250.
Kuncewiczówna str. 60*.
Lachowicz str. 250.
Leszczyński str. 203.
Lewande str. 199, 242, 243.
Łapiński str. 144, 145, 248.
Łukowski str. 160.
Malinowski str. 156.
Mancewicz str. 196, 249.
Michejda str. 101*, 111, 157, 158, 159 244, 245, 249, 250.
Michniewicz str. 149, 152, 249.
Mienicki str. 159.
Mikulski str. 207.
Minkiewicz str. 95, 96, 98, 246, 252.
Morawski str. 156.
Muszyński str. 206, 207.
Narkiewicz str. 190.
Nowokuńska str. 249.
Obiezierski str. 96, 97, 191, 192, 194, 202, 243.
Opoczyński str. 95, 97, 98, 148, 191, 200, 202, 205, 207, 246, 247, 249, 252.
Pawłowski str. 99, 157, 159, 190, 193, 203, 204, 205, 247, 249.
Peszyński str. 192, 196, 203, 205, 227*, 240, 242, 243, 246, 247, 254.


*) Oznacza artykuł oryginalny.

Pióro str. 156.
Ptaszyński 150, 151, 247.
Radziwiłłowicz st. 102, 155, 204.
Reicher str. 97.
Rozenkranc str. 240, 241, 247.
Rudziński 97, 101, 196, 247, 248.
Ryll-Nardzewska str. 190.
Safarewicz str. 103, 160, 161, 243, 246, 247, 252.
Schilling-Siengalewicz str. 102, 144, 147, 149, 194, 243, 248.
Sedlis str. 193, 194, 248.
Siedlecki str. 241, 250.
Sowiński str. 102, 196, 247.
Swierzyński str. 100, 200.
Szabad str. 98, 119*, 159, 160, 161, 167*, 209, 240, 247, 248, 252.
Szlagowski str. 253.
Szmurło str. 98, 102, 157, 205, 207, 209, 242, 243, 247, 249, 252.
Szumowski str. 205, 206, 348.
Szymański str. 103, 192, 245, 248.
Tarasiewicz str. 105*.
Toczyłowski str. 157, 159, 248.
Traczewski str. 101, 135*.
Trzebiński J. 206.
Trzebiński S. str. 103, 161, 191, 200, 204, 205, 207, 209, 242, 245*, 246, 247, 252.
Trzeciak str. 154, 201, 246.
Tymiński str. 102.
Węsławski str. 209.
Wilczyński str. 207.
Wileńsko-Nowogr. Izba Lek. Regulamin. Z. IV—V—Dodatek.
Wirszubski str. 98, 99, 103, 116, 150, 155, 156, 204, 243, 247, 248, 250, 252.
Władyczko str. 97, 152, 154.
Wołodźko str. 150.
Wroczyński str. 203.
Zagórska str. 149, 247.
Zahorski str. 103* zeszyt IV—V, 203, 209, 247.
Zaleski 192, 193, 201, 202, 248.
Zalewski str. 97.
Załkind str. 246.
Załkindson str. 244, 245, 247.
Zarcyn str. 98, 116*, 145, 150, 154, 155, 156, 157, 204, 244, 248, 249, 250.
Zawadzki str. 246, 247, 250.


B000000 1559 169